

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**LACTANCIA MATERNA, SU RELACIÓN CON EL VÍNCULO  
MATERNO-FILIAL Y OTRAS VARIABLES DE INTERÉS**

Autor: Blanca C. López Monedero  
Director: Carlos Pitillas Salvá

Madrid  
Mayo, 2015

**LACTANCIA MATERNA, SU RELACIÓN CON EL VÍNCULO MATERNO-  
FILIAL Y OTRAS VARIABLES DE INTERÉS**

Blanca C.  
López  
Monedero



# **Lactancia materna, su relación con el vínculo materno-filial y otras variables de interés.**

Blanca C. López Monedero

Master de Psicología General Sanitaria, Universidad Pontificia Comillas

## **Resumen**

La lactancia tiene múltiples beneficios y gran importancia en el correcto desarrollo del ser humano y hay indicios para pensar que es facilitadora del vínculo madre-bebé. La OMS recomienda la lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad, sin embargo solo un tercio de los niños españoles cumple la recomendación. En este trabajo se presenta un estudio realizado a 31 madres y sus bebés menores de seis meses centrado en la lactancia y su calidad, y distintas variables asociadas, como la calidad del vínculo madre-bebé, la actitud de la madre ante la alimentación y el apoyo social percibido. No se ha encontrado una relación entre la lactancia y el vínculo madre-bebé. Sí existe relación negativa entre la calidad de la lactancia y el uso de leche artificial, entre la calidad de la lactancia y el tiempo proporcional de lactancia materna exclusiva, parcial o artificial, entre el peso y la talla al nacer y la proporción de tiempo de lactancia materna exclusiva. También se halló que las madres que perciben mayor apoyo social tienen hijos de talla y peso mayor en el momento de nacer y de mayor talla actual. Se recomienda más estudios sobre la lactancia y las variables que la afectan, especialmente la relación madre-bebé, para completar los resultados de la investigación.

**Palabras clave:** Lactancia, estilo de apego, apoyo social percibido, actitud ante la alimentación, percentil talla y peso.

## **Abstract**

Breastfeeding has multiple benefits and a great importance in the correct development of the human being, and there are clues to think that it is an easing of mother-child bond. WHO recommends exclusive breastfeeding until 6th month, however only a third of Spanish children achieve that recommendation. In this work it is presented a study carry out with 31 mothers and their babies younger than six months centered in breastfeeding and its quality, and different associated variables, such as quality of mother-child bond, mother eating attitudes and perceived social support. It has not been found a relation between breastfeeding and mother-child bond. There is a negative relation between breastfeeding quality and the use of infant formula, between breastfeeding quality and the proportional time of exclusive breastfeeding, mixed feeding or bottle-feeding, between weight and length on the birth moment and the proportional time of exclusive breastfeeding. It was also found

that mothers who perceive more social support have children of larger weight and length on the birth moment and larger length on the present moment. It is recommended more studies about breastfeeding and the variables that affect it, specially mother-child bond, to complete the results of this research.

**Keywords:** Breastfeeding, attachment style, perceived social support, Eating Attitudes, weight and length percentiles.

## La Lactancia

La lactancia es la etapa en el inicio de la vida de los mamíferos, y entre ellos el ser humano, en el que se alimentan sólo de leche (Real Academia Española [RAE], 2012).

Lactancia materna exclusiva es el término utilizado cuando la procedencia de esa leche es humana, aunque no sea de la madre del infante o directamente de su pecho, y no se consumen otros alimentos o líquidos, ni siquiera agua, aunque permite el uso de medicamentos o de complementos vitamínicos o minerales en forma de gotas y jarabes. En la lactancia materna predominante, el niño también recibe agua, zumos y sales de rehidratación, pero no leche artificial ni otro alimento. Ambos términos se engloban dentro de lactancia materna completa. Lactancia materna parcial o mixta se refiere a la utilización para la alimentación del infante tanto de preparados artificiales como de leche materna. Por último, la lactancia artificial se refiere al uso exclusivo de preparados artificiales (Organización Mundial de la Salud [OMS]. División de salud y desarrollo del niño, 1998).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad. En el informe encargado por esta organización a Butte, Lopez-Alarcon y Garza (2002), se pone de manifiesto que la leche humana presenta todos los nutrientes necesarios durante esta primera etapa, además de tener efectos positivos en otras muchas áreas como más adelante se presentarán.

La lactancia materna exclusiva no tiene efectos negativos, a menos que la madre se encuentre en situación de desnutrición de ciertos micronutrientes, en cuyo caso se recomienda que o bien la madre mejore la dieta en lo posible y tome complementos alimenticios antes del parto y durante la lactancia, o bien el niño ingiera en forma de gotas los micronutrientes necesarios, normalmente hierro y zinc. La alimentación complementaria, es decir, introducir alimentos sólidos propios de la dieta de los adultos, no favorece el desarrollo de los bebés antes de seis meses de edad (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Una vez cumplidos estos primeros seis meses, se recomienda continuar con la lactancia materna a demanda, junto con la introducción progresiva de otros alimentos, durante dos años o más (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Sin embargo, existen situaciones médicas específicas donde se debe o bien retirar la leche materna y sustituirla por preparados o bien complementarla, siempre de acuerdo con los criterios médicos y cuando los posibles riesgos superen los beneficios. Algunos ejemplos de estas situaciones son los bebés enfermos de galactosemia clásica, los nacidos antes de las 32 semanas y, en cuanto a las madres, las que tomen ciertas medicaciones o estén infectadas de VIH (OMS, 2009).

## **Beneficios de la lactancia**

La OMS recomienda la lactancia exclusiva sobre todo como método eficaz de evitar la mortalidad infantil. La leche materna es una fuente segura y completa de alimento para las madres que se encuentran en situaciones precarias, ya que es barata, con alta disponibilidad e higiénica, al evitar enfermedades infecciosas. Esto es especialmente importante si se tiene en cuenta que la malnutrición está detrás de un tercio de las muertes de niños menores de cinco años, y que el primer año de vida, crucial en este aspecto, queda resuelto de forma satisfactoria con la práctica de lactancia materna completa. (Butte, Lopez-Alarcon y Garza, 2002; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2013)

Esta preocupación por ofrecer a los bebés una dieta de calidad que evite su malnutrición no es reciente. Las “gotas de leche” eran instituciones que nacieron en Francia y se popularizaron en España a principios del siglo XX. Tenían como principal objetivo la atención médica a los niños menores de un año y facilitar su cuidado básico, como proporcionar alimentos, ropa y pañales limpios y jabón. Su principal labor era repartir leche esterilizada de forma gratuita o semi gratuita, evitando así la malnutrición y enfermedades derivadas de la mala higiene. A largo plazo, en España tuvieron dos efectos principales, uno positivo, popularizando y normalizando las consultas médicas pediátricas, y otro negativo, creando un mercado inexistente hasta el momento de consumidores leche artificial (Rodríguez Ocaña, Ortiz Gómez y García-Duarte Ros, 1985).

La lactancia y sus beneficios para el lactante han sido estudiados largamente por la medicina, que la considera un factor de protección ante infecciones y afecciones del aparato digestivo, otitis, infecciones de las vías respiratorias, dermatitis, asma, alergias, obesidad, presión arterial, algunos tipos diabetes y el síndrome de la muerte súbita. También parece correlacionar con un mejor desarrollo cognitivo y motor, aunque en este ámbito los resultados no son tan unánimes (Horta y Victora, 2013a; Horta y Victora, 2013b; Ip et al., 2007; León-Cava, Lutter, Ross, Martin, 2002; Weimer, 2001). Además, el apetito de los niños durante periodos de enfermedad disminuye en general exceptuando la leche materna, por lo que es una fuente que evita la deshidratación durante la convalecencia (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

Los beneficios médicos para la madre también son importantes, y entre ellos se encuentra la recuperación uterina en el posparto gracias a la acción de la oxitocina y la recuperación del peso previo al embarazo, una mejora en la metabolización del calcio y el hierro, y la reducción del riesgo de padecer cáncer de mama y de ovarios y de padecer diabetes de tipo 2 (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004; Ip et al., 2007; León-Cava, Lutter, Ross, Martin, 2002).

## **Lactancia y relación madre hijo**

Distintos estudios y meta-análisis estudian la lactancia desde un punto de vista psicológico. Concluyen que la lactancia materna correlaciona negativamente con la depresión postparto, y una mejor relación entre madre-bebé, independientemente de que la madre sufra o no depresión post parto (Field, Diego, Hernandez-Reif, Figueiredo, Ezell, y Siblalingappa, 2010; Figueiredo, Canário, y Field, 2014; Hahn-Holbrook, Haselton, Schetter y Glynn, 2013; Ip et al., 2007).

La mayor parte de estos estudios y de los autores anteriormente mencionados sugieren que una de las ventajas de la lactancia es que facilita la vinculación con la madre. La vinculación sana con la madre se considera un factor de protección para el bebé ante futuras enfermedades mentales en la edad adulta (Berger, 2007). Incluso, la lactancia en situaciones de partos traumáticos para la madre es especialmente recomendada para facilitar el establecimiento del vínculo madre-bebé y la recuperación psicológica de la madre (Laufer, A. B., 1990).

Los efectos de la lactancia a largo plazo en la salud mental del niño o adulto están poco estudiados, aunque Jones, McFall y Diego (2004), encuentran a través de estudios de neuroimagen unos patrones cerebrales menos irascibles y más adaptados en los niños con lactancia materna exclusiva frente a la lactancia materna parcial. Peus et al. (2012), realiza un diseño de investigación con poca población adulta llegando a la conclusión de que sí parece existir una relación de la lactancia materna como factor de protección ante la depresión mayor, aunque debido a las limitaciones de su estudio es cauteloso y recomienda mayor investigación sobre el tema.

El vínculo de apego, determinante en la relación que el bebé establecerá con el mundo que le rodea y consigo mismo, es una “motivación biológica del bebé para conectarse, relacionarse, comunicarse y protegerse con un adulto, que generalmente es la madre y el padre” (Lecannelier y Zamora, 2014, p. 15).

La relación entre el vínculo de apego y la lactancia parece muy probable, aunque existen pocos estudios que demuestran directamente esta relación. Esta suposición se basa en la importancia que tienen las conductas de alimentación durante estos primeros momentos de la vida del bebé y en el relato de las madres, quienes consideran la lactancia un momento de conexión especial donde se viven como seres únicos capaces de calmar con su cuerpo a sus hijos. Además la lactancia en humanos se hace cara a cara, lo que favorece en gran medida el reconocimiento mutuo de expresiones y emociones y es la base para la comunicación (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004; Pinto, 2007).

El apego, como vínculo que se establece con una persona significativa a la que se percibe como base segura que calma y alienta, se activará ante situaciones de estrés y necesidad. Es fácil deducir que para un bebé de menos de seis meses el hambre es una situación de gran necesidad y

estrés que requiere de la intervención de su figura de apego, figura que le calma no sólo con su presencia si no también con la alimentación, es decir, tanto física como emocionalmente (Obegi y Berant, 2009).

La observación detenida de la conducta de lactancia entre otras también permite predecir de forma temprana un apego inadecuado, aunque también es importante señalar que se trata de una conducta de gran importancia pero no determinante, ya que un correcto vínculo de apego se da cuando la madre es capaz de calmar el stress del bebé y esto puede darse con o sin lactancia (Lecannelier y Zamora, 2014).

En su artículo, Betancourt, Rodríguez y Gempeler (2007) relacionan las teorías sobre la relación afectiva temprana de Bowlby, Winnicott y Mahler con las causas y consecuencias de los trastornos de alimentación. Los autores destacan la dificultad durante la lactancia que en ocasiones es síntoma de trastornos en el vínculo del apego, y como estos trastornos en el apego pueden explicar la sintomatología de la conducta alimentaria.

Si la relación entre la lactancia y el apego se confirma, la lactancia exclusiva si tendría un efecto a largo plazo en el ámbito psicológico.

La causa biológica por la que es más probable que la lactancia tenga efectos psicológicos en la madre y en el niño es la liberación de oxitocina durante la lactancia, hormona encargada de integrar las respuestas psicológicas entre la madre y el bebé y de disminuir la respuesta de estrés en ambos. Esta hormona también está vinculada con el establecimiento de un apego seguro (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004).

### **Variables que afectan a la lactancia**

La lactancia, aunque natural, es también un procedimiento sensible al aprendizaje que mejora con información y formación específica, y que necesita del apoyo de la familia, el sistema de salud y de la sociedad en general. La OMS, debido a los grandes beneficios ya mencionados, favorece a través de recomendaciones generales y programas específicos la práctica de la lactancia (World Health Organization [WHO], 2003).

La lactancia, como comportamiento susceptible de ser mejorado mediante aprendizaje, se incrementa en duración y calidad cuando las madres son beneficiarias de programas de apoyo y de psicoeducación sobre los efectos beneficiosos de esta práctica durante el embarazo y los primeros días tras el parto, sobre todo cuando forman parte de programas de seguimiento de la lactancia en el que se ponen en contacto con otras madres (Almaguer Sabina et al., 2011; Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2014).

En un estudio realizado por Giménez López, Jimeno Sierra, Valles Pinto y Sanz de Miguel (2015), se muestra como principal causa de abandono de la lactancia las dificultades para la instauración de esta práctica durante el primer mes de vida del bebé, sobre todo por falta de apoyo del centro hospitalario o servicio médico de referencia.

El apoyo que las madres reciben durante la lactancia es un factor importante para que la crianza se realice con éxito durante los primeros meses de vida del bebé. Por esta razón, los programas de apoyo a la maternidad que durante los primeros meses de vida ponen en contacto a madres con hijos en diferentes etapas del desarrollo y que terminan creando eficaces redes sociales consiguen óptimos resultados en cuanto a la implementación de la lactancia y el óptimo desarrollo de los bebés. (Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2014; WHO, 2003).

El estado psicológico de la madre, muy influenciado por el apoyo social que reciben durante la lactancia, también tiene efectos sobre ella. Un estudio realizado por Hart, Jackson y Boylan, (2011), demostró que a mayor nivel de depresión post parto en la madre, menor era el peso y la cantidad de leche que tomaba el bebé con respecto al grupo control de madres sin síntomas depresivos. Existen también estudios que relacionan la cantidad de leche producida por la madre con su nivel de depresión, siendo menor la cantidad de leche a mayores síntomas depresivos (Bogen, Hanusa, Moses-Kolko y Wisner, 2010).

El apoyo social también incluye las medidas sociales acordes con la importancia que culturalmente tiene la maternidad y lactancia, determinándola. La OMS motiva cambios estructurales a la hora de entender la maternidad, y entre estas medidas destaca la iniciativa de hospitales “Amigos de los bebés”, una serie de políticas y buenas prácticas entre las que destacan permitir que la madre y el bebé estén las veinticuatro horas juntos, que la primera toma se realice en la primera hora tras el parto y dentro del método piel con piel, que las tomas se realicen según las demandas del bebé y no por horarios, y no dar otros alimentos al bebé más allá de la leche materna (WHO, UNICEF y Wellstart International, 2009).

A pesar de esas medidas impulsadas por la OMS, aún existen creencias erróneas relacionadas con la lactancia que influyen en las madres en un tercio de los profesionales de la salud que trabajan en atención primaria, según un estudio de Palomares Gimeno et al. (2001).

Dentro de las medidas sociales que influyen en la maternidad también es importante tener en cuenta las condiciones laborales y las bajas de maternidad, ya que la vuelta al trabajo es citada en nuestro país como la segunda causa de abandono de la lactancia (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004). En España, la baja de maternidad es de 16 semanas. Los progenitores también pueden disfrutar de la hora de lactancia, una hora en la que es legal ausentarse

del trabajo durante los nueve primeros meses de vida del niño, independientemente de que la lactancia sea exclusiva o parcial. Esto está regulado según el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural (BOE núm. 69, de 21 de marzo de 2009).

Las características de los niños recién nacidos tienen valor predictor sobre el buen desarrollo de la lactancia. Los recién nacidos de más de tres kilos y con gestaciones de más de 37 semanas son los que gozan de una lactancia materna exclusiva más larga. En cambio, los bebés prematuros y de bajo peso son los que presentan más dificultades para tener una lactancia materna exclusiva, lo que es especialmente importante ya que son estos bebés los que más se podrían beneficiar de los aspectos positivos de la lactancia materna. Para evitarlo, los esfuerzos de los profesionales deben centrarse en estos casos (Giménez López, Jimeno Sierra, Valles Pinto y Sanz de Miguel, 2015).

La actitud de la madre ante la alimentación es un factor interesante en relación a la lactancia aunque poco explorado. Betancourt, Rodríguez y Gempeler (2007) se centran en estudiar a madres con trastornos de la conducta alimentaria, que en conjunto tenían mayores dificultades durante la lactancia materna exclusiva y sus bebés succionaban más rápido y en horario menos regular. Durante la alimentación complementaria, realizaban pocos comentarios positivos con respecto al grupo control, escogían alimentos menos nutritivos y se preocupaban de una forma más obsesiva por el peso de sus hijos a partir de los dos años.

### **Demografía**

Según la OMS, sólo el 38% de los niños en el mundo son amamantados de forma exclusiva hasta los seis meses de edad. Su objetivo es que para 2025 este porcentaje sea del 50% (WHO, 2014).

En España, según los datos del último Informe anual del Sistema Nacional de Salud realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), el porcentaje de niños alimentados con leche materna a las seis semanas de vida es del 72,4%. Este porcentaje disminuye a los tres meses pasando a ser un 66,5%, y finalmente a los seis meses supone un 47% del total. Los porcentajes están experimentando una tendencia a aumentar desde el año 1995, cuando el número total de niños alimentados con leche materna a los seis meses era de un tercio sobre el total.

### **Objetivo**

La importancia de la lactancia y sus beneficios hace necesario que en nuestro país aumente la práctica de la lactancia exclusiva hasta los seis meses, que en la actualidad supone menos de la mitad del total, y que mejore las campañas de concienciación. Además, es necesario estudiar los posibles beneficios psicológicos para potenciarlos y proponer alternativas eficaces a la lactancia materna exclusiva para los casos en que ésta no sea viable.

El objetivo principal de este estudio es evaluar la posible relación que existe entre la calidad de la lactancia y la calidad de la relación madre- bebé. También se encuentran dentro de los objetivos estudiar las relaciones que puedan llegar a tener con la lactancia otras variables relativas a la madre y al bebé. Entre las primeras, se incluyen: las condiciones laborales de la madre, su edad, el número de hijos, su nivel de estudios, el grado de apoyo social percibido y su actitud ante la alimentación. Entre las segundas, se incluyen: la talla y el peso, la presencia de alergias, dermatitis y asma, el tipo de parto y otras complicaciones médicas.

## **Método**

### **Participantes**

Se reclutó población pediátrica lactante exclusiva, parcial o artificial en el centro médico Saldaña con la colaboración del equipo de pediatría. El tamaño de la muestra es 31 bebés y sus madres, todos residentes en la comunidad de Madrid.

El criterio de selección fue que los niños en el momento de realización del cuestionario por sus madres tuvieran seis meses o menos. La selección se justifica en que es el momento en que la OMS recomienda iniciar la alimentación complementaria y hasta ese momento sólo debería existir lactancia materna exclusiva.

En cuanto a las madres, no existieron variables de exclusión por edad, número de hijos anteriores, nivel de estudios o momento laboral. Se excluyeron de la investigación los bebés que eran acompañados o atendidos por otros cuidadores (padres o abuelos) durante las visitas pediátricas.

### **Descripción de la Muestra**

La edad media de las madres es de 35,65 años, con una desviación típica de 4,6 y un máximo de 47 y un mínimo de 27 años, en convivencia estable con su pareja en el 93,5% de los casos. La mayoría son madres primerizas (71%), y sólo un 6,5% son madres de familias numerosas (tres hijos o más). Un 90,3% de las madres tiene estudios superiores, y en el ámbito laboral, el 74,2% de las madres tiene en la actualidad trabajo a jornada completa, el 6,5% trabaja a media jornada, y el 19,4% restante no trabaja. En la tabla 1 se especifican las condiciones laborales de las madres trabajadoras.

El 80,6% de las madres sienten que tienen a alguien de confianza con quien dejar a su bebé. En el 96,8% de los casos hay otras madres en su círculo de amistades, aunque solo un 16,1% participa en grupos de apoyo a madres.

Tabla 1

*Bajas de maternidad y condiciones laborales*

Tipo de baja	%
Baja de maternidad de 3 meses.	8%
Baja de maternidad de 4 meses	36%
Baja de maternidad de 5 meses	36%
Baja de maternidad de 6 meses	16%
Baja de maternidad de más de 6 meses	4%
Sí tiene hora de lactancia	68%
Sí tiene excedencia laboral (menos de un año)	28%

En cuanto a los bebés, el 58,1% son mujeres frente al 41,9% de hombres, y su edad media es de 15,35 semanas, con una desviación típica de 6,7 y un mínimo de dos y un máximo de 28 semanas. Los datos demográficos más detallados se encuentran en las tablas 2 y 3.

Tabla 2

*Características médicas de los bebés y asociadas al parto*

Patología	Sí	No
Dermatitis o pieles atópicas	25,8%	74,2%
Alergia (a la leche)	6,5%	93,5%
Asma	0%	100%
Otras consideraciones médicas	16,1%	83,9%
Complicaciones durante el parto	51,6%	48,4%
Parto por cesárea	45,2%	54,8%
Cuadros posparto físicos en las madres	16,1%	83,9%
Cuadros posparto psicológicos en las madres	3,2%	96,8%

El 71% de las madres fueron informadas de las ventajas de la lactancia materna exclusiva por parte de un profesional y para el 87,1% fue la primera opción. En el momento de realizar el cuestionario, el 41,9% de las madres complementa la alimentación de sus hijos con leche artificial. El tiempo medio de lactancia materna exclusiva en la muestra es de 10,55 semanas (aproximadamente dos meses y medio), con una desviación típica de 6,985 y un máximo de 21 semanas y un mínimo de cero. En la tabla 4 se muestra el tiempo de vida en porcentaje que los bebés han tenido con cada tipo de lactancia.

Tabla 3

*Valores de peso y talla de los bebés*

Valores	Media	Valores máximos	Valores mínimos	Desviación típica
Talla nacimiento (cm)	49,05	53	44	2,09
Talla nacimiento (percentil)	46,19	98	0	30,51
Talla actualidad (cm)	60,54	71	47	4,82
Talla actualidad (percentil)	37,06	100	1	27,58
Diferencia talla actual y nacimiento (percentil)	-9,13	48,67	-60	27,88
Peso nacimiento (cm)	3216,13	4090	2290	468
Peso nacimiento (percentil)	45,77	91	2	27,72
Peso actualidad (cm)	5916,45	7670	2620	1200,73
Peso actualidad (percentil)	35,03	79,1	2,8	22,18
Diferencia peso actual y nacimiento (percentil)	-8,67	40,83	-59	24,45

Tabla 4

*Tiempo de lactancia en porcentaje*

Tipo	Media	Valores máximos	Valores mínimos	Desviación típica
Lactancia materna exclusiva	68,09	100	0	37,71
Lactancia materna parcial	12,44	63,64	0	20,10
Lactancia artificial	19,46	100	0	34,54

### **Método de recogida de información**

Se solicitaba el consentimiento para participar en la investigación a las madres antes de comenzar la consulta pediátrica. Por las características del instrumento ADS-III, el evaluador está presente durante toda la revisión pediátrica aunque centra su observación durante los primeros 10 minutos de consulta (el niño pasa de los brazos de la madre a la camilla, es desvestido, explorado por el pediatra y se le pesa).

Tras finalizar el reconocimiento médico, y en presencia de la madre, se recoge información médica relevante sobre el paciente (talla, peso, alergias, etc.), sobre el parto y acerca de otras complicaciones médicas tanto del niño como de la madre.

Posteriormente, en otra sala donde no se dificulta el normal funcionamiento del centro, la madre rellenaba el resto de cuestionarios de forma autónoma pero con el evaluador presente para aclarar dudas y preguntas, lo que solía llevar unos 10 minutos.

## **Instrumentos**

**Breastfeeding Self-Efficacy Scale versión abreviada (BSES-SF).** Traducido por Llopis-Rabout-Coudray, López-Osuna, Durá-Rayó, Richart-Martínez y Oliver-Roig, (2011). Este instrumento mide la calidad de la lactancia, específicamente la “creencia de la madre para afrontar la lactancia materna”, es decir, cómo de capacitada y segura se siente ante el reto que supone la lactancia materna (Llopis-Rabout-Coudray, López-Osuna, Durá-Rayó, Richart-Martínez y Oliver-Roig, 2011, pp 4). El cuestionario está formado por catorce ítems que la madre puntúa del 1 al 5, según el grado de acuerdo con la afirmación, como por ejemplo “Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche”. La versión en español tiene unos valores adecuados en fiabilidad y validez alta con otras experiencias de las madres y otros estudios. En este estudio, este instrumento presentó una fiabilidad muy alta (Alfa de Cronbach: 0,927).

**Escala de Apego Durante Stress tercera versión/ Attachment During Stress Scale (ADS-III).** De Massie y Campbell y traducida y adaptada al español por Lecannelier y Zamora (2014). La variable medida con este instrumento es la calidad de la relación madre bebé.

Se trata de una escala observacional que se usa en atención primaria como una herramienta de discriminación rápida ante posibles dificultades en el vínculo de un cuidador principal y el bebé de entre 0 y 18 meses. Esta escala se basa en la teoría del apego, aunque al ser adecuada para niños tan pequeños se habla de estilos de apegos en lugar de patrones de apego. De hecho, para los menores de 6 meses se habla de indicadores que permiten predecir el estilo que se empezará a desarrollar.

Cuenta con seis indicadores (mirada, vocalización, tacto afectivo, sostén afectivo, afecto, proximidad o cercanía y necesidad/efectividad en calmar) y dos pautas de observación, una para el cuidador y otra para el bebé. La observación se da en la interacción madre hijo que sigue a momentos de stress para el niño, como puede ser una revisión pediátrica. Por ejemplo, el indicador de vocalización en el caso de la sub escala del niño los ítems son: 1: callado, nunca vocaliza; 2: rara vez vocaliza o lloriquea; 3: ocasionalmente vocaliza, llanto leve; 4: vocalizaciones frecuentes o llanto intenso; 5: llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo y, por último, 6: no observado. En el caso de la sub escala de la madre, este mismo indicador de vocalización está formado por los ítems: 1: callada, nunca vocaliza; 2: palabras escasas o murmura; 3: ocasionalmente vocaliza al niño; 4: frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos; 5: vocalizaciones intensas todo el tiempo y, de nuevo por último, 6: no observado.

La corrección con la que se obtiene un estilo de apego de la diada tiene en cuenta la opinión del observador y la puntuación en las sub escalas. Las puntuaciones centrales tres y cuatro se consideran las correspondientes a conductas sanas. Las puntuaciones extremas uno, dos y cinco son consideradas indicadores de un mal estilo apego, y son necesarias más de una puntuación desvaída para sospechar de un estilo de apego inseguro.

La escala ADS-III ha demostrado adecuados valores de fiabilidad y validez, especialmente fiabilidad inter evaluador (.86) en otros estudios. (Kotliarenco, M. A., Gómez, E. y Muñoz, M., 2009; Lecannelier y Zamora, 2014). En este estudio la fiabilidad obtenida es moderada, en su subescala del adulto de 0,753 y en la del niño de 0,632.

**Cuestionario de apoyo social/ Social support questionnaire (SSQ).** Versión breve, de Sarason, Sarason y Shearin (1987). La variable que mide es el apoyo social percibido. En su estudio de validación obtuvo muy buenos valores de fiabilidad (alfa de 0.97) y una validez alta con otras escalas, entre ellas el BDI. La correlación de la versión abreviada respecto a la original es también muy buena. Tiene la ventaja de ser muy rápida de aplicar y de dar dos puntuaciones, la del número de personas que prestan ayuda (SSQN) y la satisfacción total con respecto al apoyo que percibe que recibe (SSQS). Un ejemplo de uno de sus ítems es “Contar con alguien para cuidarle, a pesar de todo lo que le está sucediendo”. En este estudio el alfa de Cronbach del SSQ es muy alto (0,969) y las dos sub escalas correlación entre sí.

**Eating Attitudes Test versión breve (EAT – 26).** Con este instrumento se evaluó la variable de actitud ante la alimentación. Se trata de un cuestionario de actitudes hacia la comida en su versión española por Gandarillas y su equipo (2003) (citado en Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2009). Ha presentado buenos resultados en fiabilidad y validez análogos a la versión inglesa y está recomendado por las guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales. Se trata de 26 ítems, como por ejemplo “Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a”, que el sujeto puntúa en siempre, muy a menudo, a menudo, a veces, raramente o nunca. En esta versión abreviada todos los ítems salvo uno, que es inverso, hablan de una actitud negativa hacia la comida. A la respuesta de siempre le corresponden 3 puntos, muy a menudo 2 puntos, a menudo 1 punto y al resto de respuestas 0 puntos. El punto de corte que permite sospechar de un trastorno de la conducta alimentaria en la versión abreviada es 11. La fiabilidad obtenida en este estudio es moderada, 0,599.

Las variables de nivel de estudios y condiciones laborales de las madres se obtuvieron a través de un cuestionario directo a las madres.

Otras variables, como la talla y el peso, la existencia de alergias/ asma y la existencia de otras complicaciones médicas fueron obtenidas a través de un cuestionario directo realizado al pediatra. Para que la talla y el peso puedan ser operativas a nivel estadístico se transformaron en percentiles según las tablas facilitadas por la OMS (WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2006).

El cuestionario aplicado se encuentra en el Anexo 1.

### **Análisis estadísticos realizados**

Se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows, versión 19 para analizar los datos. En primer lugar, se realizó una descripción de las variables mediante estadísticos descriptivos y distribución de frecuencias.

Por último, se procedió a realizar análisis de correlación, pruebas t de Student y análisis de varianza (ANOVA), de cara a contestar las hipótesis del estudio.

## **Resultados**

### **Resultados de las escalas**

Se obtuvieron 31 resultados útiles en las escalas, exceptuando el instrumento BSES-SF que tiene un cuestionario inutilizado por valores perdidos.

La variable de calidad de lactancia medida con el BSES-SF es continua con una media de 48,27 y desviación típica 15,03. Las puntuaciones máximas y mínimas obtenidas en esta muestra son 69 y 25.

El estilo de apego es seguro en el 80,6% de los casos. Se ha evaluado un estilo de apego inseguro evitativo en el 12,9% e inseguro ambivalente en el 6,5% de las ocasiones.

La media de los resultados del cuestionario SSQ del nivel de satisfacción general de apoyo social percibido (sub escala SSQN) es de 4,7, con un máximo de 6 y un mínimo de 1, y una desviación típica de 1,4. En cuanto al total de personas con las que el sujeto puede contar (sub escala SSQS), la media es 4,14, con un máximo de 9, un mínimo de 1 y desviación típica de 2,43.

La variable de actitud ante la alimentación también es continua, con una media de 5,94 y desviación típica de 4,69. Su máximo y su mínimo en esta muestra son 22 y 0, con cuatro sujetos por encima del punto de corte de 11.

### **Análisis estadísticos**

Se comenzaron los análisis estadísticos con la comprobación de la normalidad de la muestra que resultó satisfactoria, tal y como demostraron las pruebas con el estadístico de contraste Z de Kolmogorov-Smirnov (Tabla 5).

El supuesto de homogeneidad de varianzas se mantuvo en todos los casos en los que se usó una t de Student en esta investigación y fue necesario calcularlo.

Tabla 5

*Comprobación de Normalidad de la muestra*

Variable	Z de Kolmogorov- Smirnov	Significación asociada
BSES-SF	,81	,52
EAT-26	,98	,29
Diferencia de percentiles de talla actual y al nacer	,67	,76
Diferencia de percentiles de peso actual y al nacer	,51	,96

Significación al .95

A continuación se realizaron diversos análisis estadísticos para comprobar las hipótesis referidas al instrumento BSES-SF que mide la calidad de lactancia con otras variables

**Características demográficas de las madres.** Se analizaron las hipótesis que utilizaban como variable independiente las características demográficas de las madres en relación a su puntuación en el instrumento BSES-SF.

La primera medida demográfica que se tuvo en cuenta fue la edad de las madres. No se hallaron diferencias significativas en calidad de la lactancia en función de la edad de las madres ( $t(28)=0,01$ ;  $p=0,97$ ).

Para comprobar las posibles diferencias de medias en el instrumento BSES-SF en los grupos de madres con distinto número de hijos (madres primerizas o no) se usó una prueba t de Student, y no se hallaron diferencias significativas en calidad de la lactancia en función de si las madres eran primerizas o no ( $t(28)= -1,65$ ;  $p=0,11$ ). Dado que la diferencia de las medias es bastante elevada, y que el número de sujetos por grupo no es el óptimo para estos tipos de contraste, se comprobó el tamaño del efecto de la diferencia de las medias a través del estadístico d de Cohen. Siendo el tamaño del efecto 0,8, diremos que este es elevado según los criterios de Cohen. Esto quiere decir que la potencia de la diferencia de medias es elevada, por lo que al aumentar el tamaño de la muestra en el estudio, podemos decir que, con mucha probabilidad, se obtendría un efecto significativo.

En cuanto a la presencia de acontecimientos traumáticos y su relación con la calidad de lactancia, la hipótesis nula de que no existen diferencias significativas en los resultados de BSES-SF en las madres que han sufrido un acontecimiento traumático queda aceptada ( $t(28)=-0,09$ ;  $p=0,93$ ).

Las condiciones laborales también fueron consideradas importantes y varias hipótesis se formularon en este ámbito.

Para comprobar las diferencias entre medias de la escala BSES-SF según el tiempo de baja de maternidad de las madres, realizamos primero una prueba de homogeneidad de varianzas que se

acepta ( $W(4) = 0,324$ ;  $p=0,86$ ). Se realiza un estadístico ANOVA de un factor, ( $F(5) = 0,56$ ;  $p=0,73$ ), por lo que no se hallaron diferencias significativas en la calidad de la lactancia en función del tiempo de baja de maternidad de las madres.

La hipótesis nula de que no existen diferencias significativas en los resultados de BSES-SF en las madres que disfrutaron de hora de lactancia frente a las que no queda aceptada ( $t(28)= 1,18$ ;  $p=0,25$ ).

No se han podido realizar contrastes estadísticos con la variable de excedencia laboral al ser un grupo muy pequeño.

**Hipótesis centrales del estudio.** La hipótesis principal de que existen diferencias significativas en la calidad de la lactancia medida por el instrumento BSES-SF según el estilo de apego seguro o inseguro medido por el instrumento ADS-III no se ha respaldado por los resultados estadísticos. No se hallaron diferencias significativas en calidad de la lactancia en función del estilo de apego seguro o inseguro ( $t(28)=0,47$ ;  $p=0,64$ ).

Las hipótesis referidas a la relación de la calidad de lactancia y el resto de cuestionarios tampoco resultaron estadísticamente significativas, como se detalla a continuación.

En el caso de la calidad de la lactancia, medida con la escala BSES-SF y la actitud ante la alimentación, medida con la escala EAT-26, no se hallaron diferencias significativas en calidad de lactancia en función de la actitud ante la alimentación ( $r(28)=-0,057$ ;  $p=0,77$ ).

La relación entre las sub escalas del cuestionario SSQ de apoyo social percibido y la escala BSES-SF tampoco queda demostrada. No se hallaron diferencias significativas en calidad de la lactancia en función de la puntuación en la sub escala SSQN, ( $r(28)=-0,028$ ;  $p=0,88$ ). Tampoco se hallaron diferencias significativas en calidad de la lactancia en función de la sub escala SSQS ( $r(28)=0,21$ ;  $p=0,27$ ).

**Lactancia.** Existen diversas hipótesis relacionadas con la calidad de la lactancia y variables de las características del proceso de lactancia.

En cuanto a la calidad de lactancia y la alimentación artificial, la hipótesis nula de que no existen diferencias significativas en los resultados de BSES-SF en las madres que completan la alimentación de sus hijos con productos artificiales queda rechazada ( $t(28)=3,08$ ;  $p=0,005$ ). Las madres que aplican la alimentación artificial refieren una lactancia de menos calidad en relación a las madres que aplican una alimentación natural.

No se hallaron diferencias significativas en calidad de la lactancia en función de si las madres han recibido información por parte de un profesional sobre los beneficios de la lactancia o no ( $t(28)=0,86$ ;  $p=0,397$ ).

En cuanto a la calidad de la lactancia y el tiempo que ha supuesto cada tipo de lactancia en la vida del niño, calculado como porcentaje, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Se hallaron diferencias significativas en calidad de la lactancia en función del porcentaje de tiempo de lactancia materna exclusiva ( $r(28)=0,71$ ;  $p=0,00$ ). El tiempo en la vida de un bebé de lactancia materna exclusiva es superior cuando las madres refieren una lactancia de mayor calidad.

Se hallaron diferencias significativas en calidad de la lactancia en función del porcentaje de tiempo de lactancia materna parcial ( $r(28)=-0,42$ ;  $p=0,02$ ). El tiempo en la vida de un bebé de lactancia materna parcial es superior cuando las madres refieren una lactancia de menos calidad.

Se hallaron diferencias significativas en calidad de la lactancia en función del porcentaje de tiempo de lactancia artificial ( $r(28)=-0,53$ ;  $p=0,003$ ). El tiempo en la vida de un bebé de lactancia artificial es inferior cuando las madres refieren una lactancia de mayor calidad.

**Características de los bebés.** Las hipótesis que usan como variable independiente diferentes características de los bebés y como variable dependiente la calidad de la lactancia medida con el instrumento BSES-SF se presentan a continuación.

No se hallaron diferencias significativas en la calidad de la lactancia en función de la edad del bebé en el momento de realizar los test ( $r(28)=-0,33$ ;  $p=0,864$ ).

Tampoco se hallaron diferencias significativas en la calidad de la lactancia en función de la diferencia entre los percentiles de la talla en la actualidad y los percentiles de la talla al nacer ( $r(28)=-0,24$ ;  $p=0,2$ ).

En cuanto a la relación entre la calidad de la lactancia en función de la diferencia entre los percentiles del peso en la actualidad y los percentiles del peso al nacer tampoco se hallaron diferencias significativas ( $r(28)=0,1$ ;  $p=0,61$ ).

La hipótesis nula de que no existen diferencias significativas en los resultados de BSES-SF en los bebés con y sin dermatitis queda aceptada ( $t(28)= 1,49$ ;  $p=0,15$ ), por lo que no se hallaron diferencias significativas en la calidad de la lactancia en función de la presencia de dermatitis.

No se ha podido realizar análisis estadísticos con el grupo de alérgicos a la leche al ser de un tamaño muy escaso.

**Otros contrastes secundarios.** Por último, se realizaron varios análisis estadísticos de hipótesis que no tenían como variable dependiente la calidad de la lactancia, central en esta investigación, al considerarse que podían aportar valiosa información.

Las primeras hipótesis de este tipo tenían como variable dependiente la escala de apoyo social

percibido SSQ. Las dos sub escalas de apoyo social percibido correlacionan positivamente entre sí ( $r(29)=0,52$ ;  $p=0,003$ ). Las madres que perciben mayor cantidad de apoyo social (SSQN) también se sienten más satisfechas con el apoyo social percibido (SSQS).

Para comprobar las posibles diferencias de medias entre las sub escalas del instrumento SSQ con los estilos de apegos seguros e inseguros medido con el instrumento ADS-III se usa una prueba t de Student. En la sub escala SSQN, se concluye que no existen diferencias en la sub escala SSQN según el estilo de apego ( $t(29)= -0,46$ ;  $p=0,65$ ).

En cuanto a la sub escala SSQS, se concluye que no existen diferencias en la sub escala SSQS según el estilo de apego ( $t(29)= 0,12$ ;  $p=0,91$ ).

Sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cantidad de apoyo social percibido (SSQN) en función de la talla al nacer en centímetros ( $r(29)=0,47$ ;  $p=0,08$ ) y en función de la talla al nacer en percentiles ( $r(29)=0,53$ ;  $p=0,02$ ). Las madres que perciben mayor cantidad de apoyo tienen bebés de talla mayor al nacer que aquellas madres que perciben una menor cantidad de apoyo social.

También se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cantidad de apoyo social percibido (SSQN) en función del peso al nacer en gramos ( $r(29)=0,54$ ;  $p=0,02$ ) y en función del peso al nacer en percentiles ( $r(29)=0,55$ ;  $p=0,01$ ). Las madres que perciben mayor cantidad de apoyo tienen bebés de peso mayor al nacer que aquellas madres que perciben una menor cantidad de apoyo social.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cantidad de apoyo social percibido (SSQN) en función de la talla en la actualidad en percentiles ( $r(29)=0,36$ ;  $p=0,04$ ). Las madres que perciben mayor cantidad de apoyo tienen bebés de talla mayor en la actualidad que aquellas madres que perciben una menor cantidad de apoyo social.

En cuanto a la sub escala SSQS de satisfacción del apoyo social percibido, sólo se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función de la talla al nacer en percentiles ( $r(29)=0,38$ ;  $p=0,04$ ). A mayor satisfacción en las madres con el apoyo social que perciben, mayor talla tienen sus hijos al nacer.

Si se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio de la alimentación complementaria en función del apoyo social percibido en sus dos dimensiones. En el caso del sub test SSQN, ( $r(29)=-0,42$ ;  $p=0,02$ ), y en el sub test SSQS, ( $r(29)=0,-389$ ;  $p=0,03$ ). Por lo tanto, las madres que perciben un mayor apoyo social retrasan el inicio de la alimentación complementaria.

Se decidió analizar también la posible relación entre la actitud ante la alimentación y los

percentiles de los bebés. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre en la actitud ante la alimentación y la diferencia de los percentiles de talla en la actualidad y al nacer ( $r(29)=0,14$ ;  $p=0,44$ ).

En cuanto a la relación entre la diferencia de los percentiles de peso en la actualidad y al nacer y la escala EAT-26 tampoco queda demostrada, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre en la actitud ante la alimentación y la diferencia de los percentiles de peso en la actualidad y al nacer ( $r(29)=0,13$ ;  $p=0,49$ ).

También se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio de la alimentación complementaria en función de la actitud de la madre ante la alimentación ( $r(29)=0,38$ ;  $p=0,03$ ). Esto significa que las madres con mayor puntuación en el test EAT-26, es decir, con peor actitud hacia la comida, comienzan antes la alimentación complementaria de sus hijos.

El tiempo ponderado en la vida de cada niño de cada tipo de lactancia (exclusiva, parcial o materna) se consideró un dato de importancia con el que realizar análisis estadísticos.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de lactancia materna exclusiva en función de la talla al nacer (en centímetros) ( $r(29)=0,38$ ;  $p=0,04$ ). Los niños que pasan mayor porcentaje de su vida con lactancia materna exclusiva tienen mayor talla al nacer.

También se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de lactancia artificial en función de la talla al nacer (en centímetros) ( $r(29)=-0,41$ ;  $p=0,02$ ), pero en este caso también en función del peso al nacer (en gramos) ( $r(29)=-0,37$ ;  $p=0,04$ ). Los niños que pasan mayor porcentaje de su vida con lactancia artificial tienen menor talla y peso al nacer.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de lactancia artificial en función del peso en la actualidad (en gramos) ( $r(29)=-0,38$ ;  $p=0,03$ ). Los niños que pasan mayor porcentaje de su vida con lactancia artificial tienen menor peso en la actualidad.

Se realizaron otras muchas hipótesis estadísticas con los datos de la muestra que por no ser significativas no se ha considerado preciso detallar aquí.

## **Discusión**

Se realizó una investigación sobre la lactancia materna, su relación con el vínculo materno filial y otras variables como el apoyo social percibido por la madre, la actitud ante la alimentación de la madre y otras variables médicas y sociales de la madre y el bebé a 31 madres y sus hijos menores de seis meses. Para ello se observaron las revisiones pediátricas de estos bebés y el comportamiento de la diada madre-hijo durante el proceso, y se pidió a la madre que completara un cuestionario. Los resultados obtenidos no han hallado una relación entre la lactancia y el vínculo materno-filial, y

tampoco entre la lactancia y el apoyo social percibido, la actitud ante la alimentación y otras variables sociodemográficas, laborales y situacionales. Sí se ha encontrado una relación inversa entre la calidad de la lactancia y el comienzo de la administración de leche artificial o el tiempo ponderado de lactancia artificial. En este estudio, los niños alimentados durante más tiempo proporcional de su vida con leche artificial presentan en la actualidad y al nacer un menor peso, y una talla al nacer menor. A mayor cantidad de apoyo social percibido, mayor talla y peso en la actualidad y al nacer, y se retrasa más el inicio de la alimentación complementaria. Las madres con peor actitud ante la comida comienzan antes la alimentación complementaria de sus hijos.

Los resultados generales de este estudio son escasos debido a las limitaciones metodológicas y a la escasa muestra conseguida. Solo una de las hipótesis ha sido significativa, y es muy posible que esto se deba a la homogeneidad del grupo de madres estudiado. Tal y como se comentó en el apartado de resultados, la mayoría son mujeres de unos 35 años, madres primerizas, en convivencia estable con su pareja, con estudios superiores y una situación laboral estable, una muestra muy similar desde el punto de vista demográfico. Es posible que esto se deba al tipo de centro donde se recogió la muestra, un centro médico privado, que haya cribado la muestra no mostrando toda la variabilidad normal de la población, ya que según los datos del ministerio de sanidad solo el 29% de la población escoge un centro privado para las consultas de atención primaria (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

La edad media de las madres de la muestra de este estudio, 35,65 años, superior a la media española, de casi 32 años, en cuatro años aproximadamente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Según los datos provisionales del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2015) del primer semestre de 2014, los más recientes disponibles, el 53,92% de los nacimientos correspondieron a madres primerizas, dato muy inferior al 71% correspondiente a la muestra de este estudio. Las madre primerizas se viven como menos capacitadas y encuentran mayores dificultades en la crianza de sus hijos, siendo con el primer hijo el menor tiempo de lactancia (Llopis-Rabout-Coudray, López-Osuna, Durá-Rayó, Richart-Martínez y Oliver-Roig, 2011; Giménez López, Jimeno Sierra, Valles Pinto y Sanz de Miguel, 2015).

En la aplicación de la escala ADS sobre el estilo del apego se observaron ciertas limitaciones. El pediatra con el que se colaboró considera que su función no es sólo la de controlar el buen desarrollo físico del bebé sino también orientar en las conductas de crianza para que éstas sean más adecuadas. De esta forma, en su normal ejercicio de médico a las madres las instruye y sugiere sobre las conductas más o menos adecuadas y, en los casos menos adaptativos, no permite algunas de las conductas que evalúa la escala, como por ejemplo “Se va de la pieza” o “Si el niño está cerca siempre lo toca”, produciendo posibles sesgos en la capacidad de observación natural del instrumento.

También relacionado con las características de la atención médica que proporciona el pediatra con el que se colaboró durante la investigación, es el número de citas y la periodicidad entre ellas. Los niños tienen su primera revisión en este centro durante su primera semana de vida. En esta primera entrevista se informa a las madres de los beneficios de la lactancia materna y se incita a ella, y en el caso de que ya hayan comenzado con la alimentación artificial se las invita a que hagan otro intento con la lactancia materna, algo posible al encontrarse estas madres en el periodo de posparto. Esto hace que aunque algunas de las madres no hayan recibido con anterioridad información de los beneficios de la lactancia por parte de un profesional, todas ellas hayan recibido esta información por parte de su pediatra, lo que justifica que no se hayan encontrado resultados en el estudio en torno a esta variable.

El instrumento de medida EAT-26 de actitud ante la alimentación presentó una fiabilidad moderada. Las madres que se encuentran en periodo de postparto y de lactancia tienen características específicas que es posible que hagan que este instrumento no discrimine adecuadamente en esta población. Por ejemplo, ante el ítem “Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis”, es una preocupación común en las mujeres recuperar la figura tras el parto. En cuanto a los ítems relacionados con la preocupación por la comida y las dietas, en periodo de lactancia se tiene una especial atención ante la comida, y algunas madres siguen dietas equilibradas o ricas en determinados alimentos durante el periodo de lactancia para estar seguras de ingerir todos los nutrientes necesarios para sus hijos. Sería necesario un estudio del cuestionario con una muestra grande para esta población específica.

Los resultados de esta investigación no están determinados por variables sociodemográficas, como puede ser la edad de la madre y la edad del bebé, que ha demostrado no tener una relación significativa con la calidad de la lactancia.

Los niños con menor peso en la actualidad son los que han pasado mayor porcentaje de su vida con lactancia artificial. Son datos que coinciden con los distintos organismos oficiales y que justifican sus recomendaciones de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses por los beneficios que esta presenta. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004; WHO, 2014).

En los datos obtenidos de este estudio no se ha podido establecer una relación entre el número de hijos anteriores y la calidad de la lactancia. Este dato contradice los criterios usados por Llopis-Rabout-Coudray, López-Osuna, Durá-Rayó, Richart-Martínez y Oliver-Roig (2011). En su validación del cuestionario BSES-SF consideraron tener más hijos con el consiguiente aprendizaje en el cuidado de un bebé como un factor que favorece una mejor lactancia materna. En su estudio sí correlacionó positivamente. Parece que este resultado es debido al tamaño de la muestra, y que en muestras mayores con la tendencia actual los resultados de esta muestra coincidirían con los esperados.

Se ha encontrado una relación negativa entre el inicio de la administración de leche artificial y la calidad de la lactancia. En la misma línea de este resultado, las madres con mayor percepción de calidad en la lactancia utilizan la lactancia materna exclusiva durante más tiempo, y a menor percepción de calidad mayor es el tiempo de lactancia materna parcial y lactancia artificial. Las madres con lactancias maternas menos satisfactorias terminan antes con esta experiencia, ya que pueden creer que sus hijos no están siendo alimentados correctamente. Estos datos son acordes a otros estudios, que citan la hipogalactia, o menor producción de leche de la esperada, y la sensación subjetiva de hambre en el bebé como algunas de las principales causas del abandono de la lactancia. (Cuadrón Andrésa, Samper Villagrasaa, Álvarez Sauras, Lasarte Velillasa, y Rodríguez Martínez, 2013). Se podría especular con que las madres tienen una mayor percepción de control ante la alimentación de sus hijos cuando los alimentan con biberón al poder, por ejemplo, saber la cantidad exacta de leche ingerida en cada toma.

Los resultados obtenidos que implican que los bebés que nacen más pequeños en talla y peso pasan más parte de su vida con lactancia artificial, y que los de mayor talla al nacer pasan más tiempo con lactancia materna exclusiva, coinciden con los datos de investigaciones previas como la de Giménez López, Jimeno Sierra, Valles Pinto y Sanz de Miguel (2015). La posible causa de esto es que los niños más pequeños requieren más tiempo de hospitalización y atención médica, dificultando la implantación de la lactancia materna exclusiva en los primeros días de desarrollo. También son percibidos como más frágiles por sus madres.

Sin embargo, no se han establecido relaciones entre la calidad de la lactancia y los datos de peso y talla de los bebés en el presente, en el momento de su nacimiento o la resta entre ambos, que correspondería al crecimiento relativo del bebé. Hay que tener en cuenta que el crecimiento y el desarrollo de los niños en esta edad está determinado por más variables además de la alimentación, como por ejemplo los catarros y otras enfermedades, y justifica en parte estos resultados.

La lactancia materna se considera un factor de protección ante la dermatitis o las pieles atópicas (Horta y Victora, 2013a; Horta y Victora, 2013b; Ip et al., 2007; León-Cava, Lutter, Ross, Martin, 2002; Weimer, 2001). En esta investigación, estas patologías no están vinculadas positiva ni negativamente con la calidad de la lactancia, así que, al menos en este contexto, la lactancia materna no es un factor protector de esta patología. Es posible que estos resultados estén determinados por el tamaño de la muestra, tan pequeña que no se han podido hacer análisis con el grupo de alérgicos y no ha aparecido ningún caso de problemas respiratorios como asma.

El estilo de apego seguro o inseguro no está relacionado con la calidad de la lactancia. Teniendo en cuenta las limitaciones de la aplicación de la escala de apego, los resultados de este estudio sugieren que durante la alimentación artificial se dan las mismas condiciones de satisfacción de las necesidades y calma de estrés que durante la lactancia materna.

En general, es posible que debido a las limitaciones ya comentadas de este estudio en la aplicación de la escala ADS-III, las hipótesis con la variable tipo de apego no sean concluyentes, como las relacionadas con el apoyo social percibido.

La actitud de la madre ante la alimentación no está relacionada con la calidad de la lactancia, pero sí con la edad de inicio de la alimentación complementaria. El estudio de Betancourt, Rodríguez y Gempeler (2007) concluye que las madres con problemas de la conducta alimentaria tienen más problemas durante la lactancia materna exclusiva. En vista a estos datos, a peor actitud ante la alimentación es normal que aparezcan dificultades en la lactancia y que se inicie antes la alimentación complementaria. Además, la lactancia materna puede provocar cambios en el cuerpo de la madre que influyan en su autopercepción y dificulta el control sobre la propia imagen (Lasheras, Farré-Sender, Ferraz, Mestre y Rovira, 2014).

En esta investigación, la actitud ante la alimentación de la madre no correlaciona con los percentiles de talla y peso en la actualidad y al nacer. El desarrollo de los niños es independiente a las actitudes menos sanas de la madre, al menos durante los primeros meses de vida y acorde a este estudio (Lasheras, Farré-Sender, Ferraz, Mestre y Rovira, 2014).

La presencia de acontecimientos traumáticos en la vida de las madres no ha resultado relacionada con la calidad de la lactancia. El tipo de acontecimiento traumático que refirieron las madres siempre estaba relacionado con otras personas (muerte o enfermedad de un ser querido), por lo que parece que el trauma es tal cuando está relacionado con la red de relaciones significativa.

La red de relaciones significativas está muy relacionada con el apoyo social percibido. No se han hallado relaciones en la calidad de la lactancia en función del apoyo social percibido, pero sí en el inicio de la alimentación complementaria, que se retrasa a mayor grado de apoyo social percibido. Las medidas gubernamentales que intentan fomentar los grupos de apoyo a la lactancia tienen como objetivo cumplir una doble función: por un lado dar formación a las madres sobre la lactancia, y por otro crear un grupo de apoyo social para las madres (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004; Palomares Gimeno et al., 2011; Giménez López, Jimeno Sierra, Valles Pinto y Sanz de Miguel, 2015). Cuando la función de apoyo social se encuentra cubierta, aunque no sea por un grupo reglado, el efecto sobre la lactancia es también beneficioso.

El alto apoyo social correlaciona con una mayor talla y peso al nacer y con mayor talla en la actualidad. La crianza es una situación estresante para la madre que se ve facilitada cuando la madre percibe apoyo de su entorno cercano (Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2014).

En cuanto a las condiciones laborales (tiempo de baja maternal y hora de lactancia) no se han hallado relaciones significativas. Este dato es opuesto al esperado, ya que la finalización del permiso de maternidad aparece en los estudios como una de las principales variables que condicionan la lactancia (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004). Puede que de nuevo el tamaño de la muestra o su homogeneidad, ya que es esperable que mujeres con niveles de formación muy similar consigan empleos con condiciones laborales similares, hayan sido un impedimento para encontrar resultados estadísticamente significativos.

Los resultados de esta investigación invitan a centrar los esfuerzos de los programas de apoyo y educación en mejorar la red de apoyo social en las madres para que su crianza sea de mayor calidad y más satisfactoria.

### **Futuras líneas de investigación**

En la actualidad, los únicos datos de los que se dispone a nivel estatal sobre la lactancia son los proporcionados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en su informe y que se centra en la duración de la lactancia. La existencia de un conjunto de datos más pormenorizados y detallados que permita un seguimiento histórico de este proceso facilitaría el estudio de la lactancia, las variables que influyen sobre ella y qué medidas que se toman para fomentarla son eficaces y en qué medida.

Es conveniente realizar más estudios sobre la lactancia materna, las variables que la influyen y su papel en el vínculo madre hijo. Los siguientes estudios es apropiado que tengan presente acceder a mayores muestras con mayor variabilidad, que ofrecerán más variabilidad de datos. Es importante que las muestras sean más heterogéneas, con madres de distintos contextos sociales y en distintas situaciones vitales.

Tener en cuenta distintas formas de evaluar la relación madre-bebé en situaciones de experimentación más controladas y con menos participación de agentes externos permitiría obtener datos más claros y concluyentes sobre el estilo de apego de los bebés.

Realizar investigaciones comparativas entre grupos de bebés con y sin algunas patologías, como por ejemplo la alergia a la leche o problemas respiratorios o digestivos graves, permitirá obtener datos de gran valor.

Durante la realización de esta investigación se observó un alto nivel de estrés en las madres con respecto a la crianza de sus hijos en general y a la lactancia en particular. Es conveniente tener en cuenta esta variable para futuras investigaciones y estudiar cuanto influye el nivel de estrés o de ansiedad en la lactancia materna.

## Referencias

- Almaguer Sabina, P. M., Fonseca Hernández, M., Corona Martínez, L. A, Guerra Cabrera, C., Roteta Dorado, A. y Sánchez Martínez, E. (2011). Comportamiento de la lactancia materna exclusiva en niños de madres con y sin adiestramiento previo. *Medisur* 9(3), 211-217.
- Berger, K. S. (2007). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. (7ª ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Betancourt L., Rodríguez M. y Gempeler J. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas médica* 48(3), 261-276. Recuperado de <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/8-INTERACCION.pdf>
- Bogen, D. L., Hanusa, B. H., Moses-Kolko, E., & Wisner, K. L. (2010). Are maternal depression or symptom severity associated with breastfeeding intention or outcomes? *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(8), 1069-1078.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2004). Lactancia Materna: guía para profesionales. Recuperado de <file:///C:/Users/admin/Downloads/Lactancia%20Materna%20Guia%20profesionales.pdf>
- Cuadrón Andrés<sup>a</sup>, L., Samper Villagrasa<sup>a</sup>, M. P., Álvarez Sauras, M.L., Lasarte Velillas<sup>a</sup>, J.J. y Rodríguez Martínez G. (2013). Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. *Pediatría* 79(5). DOI: 10.1016
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Ezell, S., y Siblalingappa, V. (2010). Depressed mothers and infants are more relaxed during breastfeeding versus bottlefeeding interactions: *Brief report. Infant Behavior & Development*, 33(2), 241-244. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.12.006>
- Figueiredo, B., Canário, C. y Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological Medicine* 44, 927–936.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2013). *El compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada, Informe de sobre los progresos de 2013*. Recuperado de <https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Mortalidad-infantil-septiembre-2013.pdf>
- Giménez López, V., Jimeno Sierra, B., Valles Pinto, M.D. y Sanz de Miguel, E. (2015). Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España). Factores sociosanitarios

que la condicionan. *Revista Pediátrica Atención Primaria*. Recuperado de [http://www.pap.es/files/1116-1891-pdf/pap65\\_04\\_original.pdf](http://www.pap.es/files/1116-1891-pdf/pap65_04_original.pdf)

Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.

Hahn-Holbrook, J., Haselton, M. G., Schetter, C. D., y Glynn, L. M. (2013). Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?: A prospective study from pregnancy to 2 years after birth. *Archives of Women's Mental Health*, 16(5), 411-422. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00737-013-0348-9>.

Hart, S. L., Jackson, C., & Boylan, L. M. (2011). Compromised weight gain, milk intake, and feeding behavior in breastfed newborns of depressive mothers. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(8), 942-950. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsr031>

Horta, B. L. y Victora, C. G. (2013a). *Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality*. World Health Organization. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95585/1/9789241506120\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95585/1/9789241506120_eng.pdf?ua=1)

Horta, B. L. y Victora, C. G. (2013b). *Long-term effects of breastfeeding: a systematic review*. World Health Organization. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf?ua=1)

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2015). Movimiento natural de la población. Avance del primer semestre 2014. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e301/provi&file=pcaxis>

Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., Trikalinos, T. y Lau, J. (2007). Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. *AHRQ Publication 07-E007*. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality.

Jones, N. A., McFall, B. A. y Diego, M. A. (2004). Patterns of brain electrical activity in infants of depressed mothers who breastfeed and bottle feed: The mediating role of infant temperament.

*Biological Psychology*, 67(1-2), 103-124.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2004.03.010>

Kotliarenco, M. A., Gómez, E. y Muñoz, M. (2009). Evaluación Pre-post del desarrollo psicomotor y el estilo de apego en usuarios de los Centros de Desarrollo Infantil temprano. *SUMMA Psicológica UST* 6(2), 89-104. Recuperado de <file:///C:/Users/admin/Desktop/apuntes%20varios%20para%20tfm/lecalennier.pdf>

Lasheras, G., Farré-Sender, B., Ferraz, L., Mestre, G. y Rovira, I. (2014, mayo). *Madres, Alimentación y Trastornos del Comportamiento Alimentario*. Comunicación presentada al III Jornada de salud mental perinatal, Barcelona, España.

Laufer, A. B. (1990). Breastfeeding: Toward resolution of the unsatisfying birth experience. *Journal of Nurse-Midwifery* 35(1), 42–45. doi:10.1016/0091-2182(90)90056-B

Lecannelier, F. (2008). *Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego madre-bebé en situaciones de stress (o Escala de Apego Durante Stress (ADS). Manual de administración, codificación y guía de conductas problemáticas en el apego*. Recuperado de [http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/m/pubmosquedaangelica/site/artic/20090907/asocfile/manual\\_massie\\_campbell\\_2007.pdf](http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubprofesores/m/pubmosquedaangelica/site/artic/20090907/asocfile/manual_massie_campbell_2007.pdf)

Lecannelier, F. y Zamora, C. (2014). *Escala de apego durante stress (ADS-III tercera versión). Manual de administración, codificación y guía de conductas desorganizadas en el apego*. Concepción: Ediciones Universidad del Desarrollo.

León-Cava, N., Lutter, C., Ross, J., Martin, L., (2002). *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia*. Washington, D.C.: OPS.

Llopis-Rabout-Coudray, M., López-Osuna, C., Durá-Rayó, M., Richart-Martínez, M. y Oliver-Roig, A. (2011). Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. *Matronas Prof.*, 12(1), 3-8.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012*. Disponible en [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)

Obegi, J. H. y Berant, E. (Ed.) (2009). *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults*. Nueva York: Guilford Publications, Inc.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2009). *Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna*. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.01_spa.pdf?ua=1)

- Organización Mundial de la Salud. División de salud y desarrollo del niño. (1998). *Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural*. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_CHD\\_98.9\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf?ua=1)
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf?ua=1)
- Palomares Gimeno, M. J., Fabregat Ferrer, E., Folch Manuel, S., Escrig García, B., Escoín Peña, F. y Gil Segarra, C. (2011). Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 13. Recuperado de [http://www.pap.es/files/1116-1270-pdf/pap\\_49\\_04.pdf](http://www.pap.es/files/1116-1270-pdf/pap_49_04.pdf)
- Palomares Gimeno, M. J., Labordena Barceló, C., Sanantonio Valdearcos, F., Agramunt Soler, G., Náchter Fernández, A. y Palau Fuster, G. (2001). Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. *Revista Pediátrica Atención Primaria*, 3:393-402. Recuperado de <http://www.pap.es/files/1116-176-pdf/183.pdf>
- Peus, V., Redelin, E., Scharnholtz, B., Paul, T., Gass, P., Deuschle, P., Lederbogen, F. y Deuschle, M. (2012). Breast-Feeding in Infancy and Major Depression in Adulthood: A Retrospective Analysis. *Psychother Psychosom* 81, 189-190.
- Pinto, F. L. (2007). Apago y lactancia natural. *Revista chilena de pediatría*, 78 (1), 96-102. Doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000600008>
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ªed.). Consultado en <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
- Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. En BOE núm. 69, de 21 de marzo de 2009. Gobierno de España. Consultado en [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Normativa/index.htm?ssUserText=46332&dDocName=116462#documentoPDF](http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/index.htm?ssUserText=46332&dDocName=116462#documentoPDF)
- Rodríguez Ocaña, E., Ortiz Gómez, T. y García-Duarte Ros, O. (1985). Los consultorios de lactantes y gotas de leche en España. *JANO* 29(663-H), 1066-1072. Recuperado de [<http://hdl.handle.net/10481/23350>]
- Weimer, J. (2001). The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis. *Food Assistance and Nutrition Research Report*, (FANRR-13).

- World Health Organization [WHO]. (2003). *Community-based strategies for breastfeeding promotion and support in developing countries*. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591218.pdf?ua=1>
- World Health Organization (WHO). (2014). *Infant and young child feeding. Factsheets 342*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/> .
- World Health Organization (WHO) Multicentre Growth Reference Study Group. (2006). *WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development*. Génova: World Health Organization. Recuperado de [http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf?ua=1)
- World Health Organization, UNICEF and Wellstart International. (2009). *Baby-friendly hospital initiative : revised, updated and expanded for integrated care. Section 1, Background and implementation*. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf?ua=1)

## Anexo 1: Cuestionarios

### Cuestionario para la madre:

Desde la Universidad Pontificia Comillas estamos realizando un estudio sobre la lactancia, para conocer sus características tanto en la madre como en los bebés. Usted necesitará aproximadamente 10 minutos para contestar el cuestionario, por lo que le agradecemos de antemano su tiempo e interés.

Antes de comenzar recuerde que:

El cuestionario es **anónimo y confidencial**. Una vez que usted conteste el cuestionario se almacenará en una base de datos de forma totalmente anónima.

Los datos que usted nos proporcione serán destinados para uso exclusivo de esta investigación.

No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas, lo que nos importa es conocer cómo las madres viven su experiencia de lactancia. Por ello le rogamos **la mayor sinceridad posible**.

Intente no dejar ninguna pregunta sin responder. Escoja en la medida de lo posible, la alternativa que mejor se ajuste a su situación.

Su participación al contestar el cuestionario será de gran ayuda para poder realizar la investigación por lo que le agradecemos de nuevo su colaboración.

#### Datos personales

Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

- Soltera.  
 Casada/ Pareja estable en convivencia.

¿Cuál es su nivel de estudios?

- Enseñanza Básica.  
 Bachillerato o FP de grado medio.  
 Estudios universitarios o FP de grado superior.

En la actualidad, ¿trabaja?  Sí, jornada completa.  Sí, media jornada.  No.

En caso afirmativo, ¿de cuánto tiempo ha sido/será su baja por maternidad? \_\_\_\_\_ meses.

¿Disfruta o piensa disfrutar de la hora de lactancia?  Sí  No

Si piensa disfrutar de excedencia laboral, indique su duración aproximada (meses): \_\_\_\_\_

¿Es este su primer hijo?  Sí  No (indique el número de hijos anteriores) \_\_\_\_\_

¿En algún momento a lo largo de su vida ha experimentado alguna pérdida o situación especialmente dura desde un punto de vista emocional **que todavía le afecte**, como por ejemplo enfermedad o muerte de algún ser querido, separación/divorcio, accidente, enfermedad grave, etc.?  No  Sí, \_\_\_\_\_  
(indique el número, y a continuación de qué tipo).

- Accidente.  Enfermedad grave.  
 Separación o divorcio.  Enfermedad o muerte de algún ser querido.  
 Otro.

## **Lactancia**

Antes del parto, ¿recibió información o formación por parte de profesionales sobre los beneficios de la lactancia?  Sí  No

¿Intentó la lactancia materna (dar el pecho) desde un primer momento?  Sí  No

¿Complementa la alimentación del bebé con algo?  Sí  No

En caso afirmativo, marque con qué:

Agua

Zumos

Sales de rehidratación (suero)

Leche artificial

Papilla

Purés u otros alimentos

¿Desde que su bebé tenía qué edad complementa su lactancia materna? \_\_\_\_\_

A continuación le presentamos una serie de preguntas que tienen que ver con la lactancia materna. Por favor, lea cada afirmación y decida en qué medida son ciertas para usted, en una escala del 1 (nada ciertas) al 5 (siempre, totalmente ciertas). Asegúrese de que responde a todas las afirmaciones e intente ser tan sincero y preciso como le sea posible en sus respuestas.

- |   |           |
|---|-----------|
| 1. Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche   | 1 2 3 4 5 |
| 2. Siempre me apaño bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida.                        | 1 2 3 4 5 |
| 3. Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento.         | 1 2 3 4 5 |
| 4. Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma.                           | 1 2 3 4 5 |
| 5. Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí.                   | 1 2 3 4 5 |
| 6. Siempre puedo dar de mamar, incluso cuando el bebé está llorando.                                    | 1 2 3 4 5 |
| 7. En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé.                                   | 1 2 3 4 5 |
| 8. Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia.           | 1 2 3 4 5 |
| 9. Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí.                                       | 1 2 3 4 5 |
| 10. Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consume parte de mi tiempo.                         | 1 2 3 4 5 |
| 11. Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro.                  | 1 2 3 4 5 |
| 12. En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé.                      | 1 2 3 4 5 |
| 13. Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide.   | 1 2 3 4 5 |
| 14. Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no. | 1 2 3 4 5 |

## **Red social**

¿Tiene a gente de confianza con quien dejar a su bebé, como abuelos, tíos u otros?  Sí  No

¿Participa en grupos de apoyo a madres?  Sí  No

¿En su círculo de amistades hay madres?  Sí  No

A continuación, se presentan afirmaciones que tienen que ver con aspectos distintos de las relaciones sociales. Para cada una de las situaciones que se describen, piense con cuánta gente puede contar (máximo: 9 personas), y después conteste como de satisfecha se encuentra en esa situación (en una escala del 1 al 6, como se especifica a continuación).

1: muy insatisfecho 2: Bastante insatisfecho 3: poco satisfecho 4: satisfecho 5: bastante satisfecho 6: muy satisfecho

1.- Contar con alguien para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente agobiado · Número de personas:	1 2 3 4 5 6
2.- Contar para ayudarlo a sentirse más relajado cuando está bajo tensión o presión. · Número de personas:	1 2 3 4 5 6
3.- Alguien que le acepte totalmente, con sus peores y mejores cualidades · Número de personas:	1 2 3 4 5 6
4.- Contar con alguien para cuidarlo, a pesar de todo lo que le está sucediendo · Número de personas:	1 2 3 4 5 6
5.- Alguien que le ayude a encontrarse mejor cuando se siente realmente deprimido · Número de personas:	1 2 3 4 5 6
6.- Alguien que le consuele cuando está muy disgustado · Número de personas:	1 2 3 4 5 6

### **Alimentación**

Las siguientes frases son afirmaciones sobre la comida, el aspecto físico y los hábitos alimentarios. Intente responder a cada frase sin pensar demasiado. Marque con un 6 si Siempre se siente identificada y con un 1 si Nunca se siente identificada.

6- Siempre/ 5- Muy a menudo / 4- A menudo / 3- A veces /2- Raramente / 1- Nunca.

1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.	1 2 3 4 5 6
2. Procuo no comer cuando tengo hambre.	1 2 3 4 5 6
3. La comida es para mí una preocupación habitual.	1 2 3 4 5 6
4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.	1 2 3 4 5 6
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.	1 2 3 4 5 6
6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.	1 2 3 4 5 6
7. Procuo no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.).	1 2 3 4 5 6
8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.	1 2 3 4 5 6
9. Vomito después de comer.	1 2 3 4 5 6
10. Me siento muy culpable después de comer.	1 2 3 4 5 6
11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.	1 2 3 4 5 6
12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.	1 2 3 4 5 6
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.	1 2 3 4 5 6
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.	1 2 3 4 5 6
15. Tardo más tiempo que los demás en comer.	1 2 3 4 5 6
16. Procuo no comer alimentos que tengan azúcar.	1 2 3 4 5 6
17. Tomo alimentos dietéticos.	1 2 3 4 5 6
18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.	1 2 3 4 5 6
19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.	1 2 3 4 5 6
20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.	1 2 3 4 5 6
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.	1 2 3 4 5 6
22. No me siento bien después de haber tomado dulces.	1 2 3 4 5 6
23. Estoy haciendo régimen	1 2 3 4 5 6
24. Me gusta tener el estómago vacío.	1 2 3 4 5 6
25. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.	1 2 3 4 5 6
26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.	1 2 3 4 5 6

**Muchas gracias por su colaboración**

## Cuestionario para el pediatra:

Desde la Universidad Pontificia Comillas estamos realizando un estudio sobre la lactancia, para conocer sus características tanto en la madre como en los bebés. Le agradecemos su colaboración y que nos facilite la siguiente información sobre los pacientes:

Sexo del bebé:  Hombre  Mujer

Fecha de nacimiento del bebé: \_\_\_\_\_

Talla al nacer (en cm): \_\_\_\_\_

Talla en la actualidad (en cm): \_\_\_\_\_

Peso al nacer (en g): \_\_\_\_\_

Peso en la actualidad (en g): \_\_\_\_\_

Tipo de Parto:  Vaginal  Cesárea

¿Complicaciones durante el parto?  Sí  No

¿Alergias en el bebé?  Sí  No

¿Asma en el bebé?  Sí  No

¿Dermatitis en el bebé?  Sí  No

¿Complicaciones médicas de otra clase en el bebé?  Sí  No

\_\_\_\_\_

¿Existen cuadros médicos importantes en la madre (infecciones, problemas del sistema inmunológico, problemas post-quirúrgicos, etc.)?  Sí  No

\_\_\_\_\_

¿Existen diagnósticos o indicadores de cuadros psicológicos post-parto importantes (psicosis puerperales, depresión post-parto, etc.) en la madre?  Sí  No

\_\_\_\_\_

Lactancia Materna Exclusiva hasta los \_\_\_\_\_ meses.

Lactancia Materna Predominante hasta los \_\_\_\_\_ meses.

Lactancia Materna Parcial hasta los \_\_\_\_\_ meses.

Lactancia Materna Artificial hasta los \_\_\_\_\_ meses.

**Muchas gracias por su colaboración**

## Escala de observación ADS-III:



### Escala de Massie-Campbell

Conductas del niño o niña durante el evento estresante						
Observar	1	2	3	4	5	x
<b>1. Mirada</b>	Siempre evita la cara de la madre.	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre.	Ocasionalmente mira la cara de la madre.	Frecuentes miradas a la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas.	Fija la mirada a la madre por períodos largos de tiempo.	No observado
<b>2. Vocalización</b>	Callado, nunca vocaliza.	Rara vez vocaliza o lloriquea.	Ocasionalmente vocaliza, llanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o llanto intenso.	Llanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	No observado
<b>3a. Tocando</b>	Nunca toca o tiende hacia la madre.	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca, siempre toca a la madre.	No observado
<b>3b. Tocado</b>	Siempre evita ser tocado por la madre.	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.	Generalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	No observado
<b>4. Sosteniendo</b>	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre.	No se relaja en manos de la madre; la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Moldea su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente arquea el cuerpo hacia la madre. Se aferra a ella, nunca la evita.	No observado
<b>5. Afecto</b>	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonriente.	No observado
<b>6. Proximidad o cercanía</b>	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	No observado
Respuesta del acompañante frente al estrés del niño o niña						
Observar	1	2	3	4	5	x
<b>1. Mirada</b>	Siempre evita mirar la cara del niño/a.	Rara vez mira al niño/a a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño/a.	Ocasionalmente mira al niño/a a la cara.	Frecuentes miradas, largas y cortas, a la cara del niño/a.	Fija la mirada a la cara del niño por períodos largos.	No observado
<b>2. Vocalización</b>	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo.	No observado
<b>3a. Tocando</b>	Nunca toca o tiende al niño/a.	Rara vez toca al niño.	Ocasionalmente toca al niño/a.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca, siempre lo toca.	No observado
<b>3b. Tocada</b>	Siempre evita ser tocada por el niño.	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño.	No observado
<b>4. Sosteniendo</b>	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoyo al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	No observado
<b>5. Afecto</b>	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, teme-rosa o apática.	Ansiedad moderada y/o agradada o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonríe.	No observado
<b>6. Proximidad o cercanía</b>	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza.	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	No observado

Nombre acompañante

apellido paterno      apellido materno      nombres

Relación o parentesco con el niño o niña

Nombre del niño o niña

apellido paterno      apellido materno      nombres

R.U.N.

Fecha de la evaluación

día      mes      año

Estilo del apego

- Seguro  
 Inseguro / evitante  
 Inseguro / ambivalente

En caso de existir, describa la Conducta Problemática de Apego (CDA)