



# **ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA CUANDO LA MADRE OPTA POR LA LACTANCIA ARTIFICIAL. Revisión Narrativa.**

## **Trabajo Fin de Grado.**

**Irene Pérez Enguïdanos**  
**Tutorizado por Belén Cabello Tarrés**  
**4ª Curso de Grado en Enfermería**  
**Facultad de Medicina. Sección Departamental de Enfermería.**  
**Universidad Autónoma de Madrid**  
**Mayo 2015**



# ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. MATERIAL Y METODOS.....	15
4. RESULTADOS.....	18
❖ Culpabilización y falta de apoyo a la mujer en su decisión.....	18
❖ Creencias en relación al instinto maternal.....	23
❖ Información del profesional de enfermería a la mujer.....	25
❖ Papel de las familias en la decisión sobre el tipo de lactancia.....	30
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	34
6. AGRADECIMIENTOS.....	39
7. BIBLIOGRAFIA.....	40
8. ANEXOS.....	44

# Resumen

**OBJETIVO:** conocer la actuación profesional de los enfermeros y enfermeras cuando la mujer opta por administrar lactancia artificial al recién nacido o nacida.

**MÉTODO:** revisión narrativa mediante búsqueda en las bases de datos PubMed, Science Direct, Cinalh, Lilacs y Dialnet utilizando lenguaje libre y controlado (términos MeSH y DeSH) combinado mediante los operadores booleanos AND, OR y NOT. La búsqueda se limitó a los años 2005-2015. Se aceptaron documentos en inglés, español y portugués.

**RESULTADOS:** se analizaron un total de 17 artículos mediante 4 unidades de análisis: culpabilización y falta de apoyo a la mujer en su decisión, creencias en relación al instinto maternal, información del profesional de enfermería a la mujer y papel de las familias en la decisión sobre el tipo de lactancia

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** los y las profesionales de enfermería deben informar y educar adecuadamente a las mujeres y sus familias sobre la lactancia como parte del proceso de cuidado, mencionando las diferentes opciones y sus ventajas y desventajas en relación a la salud materna e infantil. Al mismo tiempo, deben contemplar la capacidad de elección informada de las usuarias, atendíéndolas en sus necesidades como seres bio-psico-sociales. Igualmente, la atención profesional debe encaminarse a conseguir la competencia y seguridad de la madre/pareja en el tipo de lactancia elegido. La investigación cualitativa puede proporcionar importantes conocimientos acerca de las necesidades de cuidado en esta etapa del ciclo vital.

**Palabras clave:** lactancia materna, lactancia artificial, rol enfermero, profesionales de enfermería, decisión materna y apoyo familiar.

# Abstract

**OBJECTIVE:** get to know the professional action of nurses when the woman opts to administer artificial lactation to the new born.

**METHOD:** narrative revision through research in the PubMed, Science Direct, Cinalh, Lilacs and Dialnet databases using a free and controlled language (MeSH and DeSH

terms) combined by boolean operators AND, OR and NOT. The search was limited to the years 2005-2015. English, Spanish and Portuguese documents were accepted.

**RESULTS:** a total of 17 articles were analysed, with 4 units of analysis: blame and lack of support to the woman on her decision, beliefs related to maternal instinct, information of the nursing professional to the woman and role of the families.

**DISCUSSION AND CONCLUSIONS:** nurses should properly inform and educate women and their families about breastfeeding as part of the care process, mentioning the different choices and their advantages and disadvantages in relation to maternal and child health. At the same time, they should consider the capability for an informed choice of the users, and responding to their needs as a bio-psycho-social being. The professional care must aim to achieve competition and security of the mother / couple on the chosen type of feeding. Qualitative research can provide important insights about care needs at this stage of the life cycle

**Key Words:** maternal lactation, artificial lactation, nurse role, nursing professionals and maternal decision.

# 1.Introducción

El lactante es el niño que se alimenta fundamentalmente de leche. Existen dos tipos principales de alimentación al lactante: la lactancia materna (LM) y la lactancia artificial (LA).

En la LM, el lactante ingiere solamente leche del pecho de su madre, de una nodriza, o leche materna extraída del pecho. No recibe ningún otro tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos. (1)

En la LA él o la bebé ingieren leche de fórmula, la alternativa para las mujeres que no pueden dar de mamar o que eligen voluntariamente no dar LM. La leche de fórmula está concebida para suplir las necesidades nutricionales de los lactantes y los preparados comerciales han evolucionado para intentar asemejarse lo máximo posible a la leche materna. Sin embargo, no logran copiarla, ya que la leche materna tiene propiedades no-nutricionales que cumplen acciones importantes en el buen desarrollo del recién nacido, en especial la protección

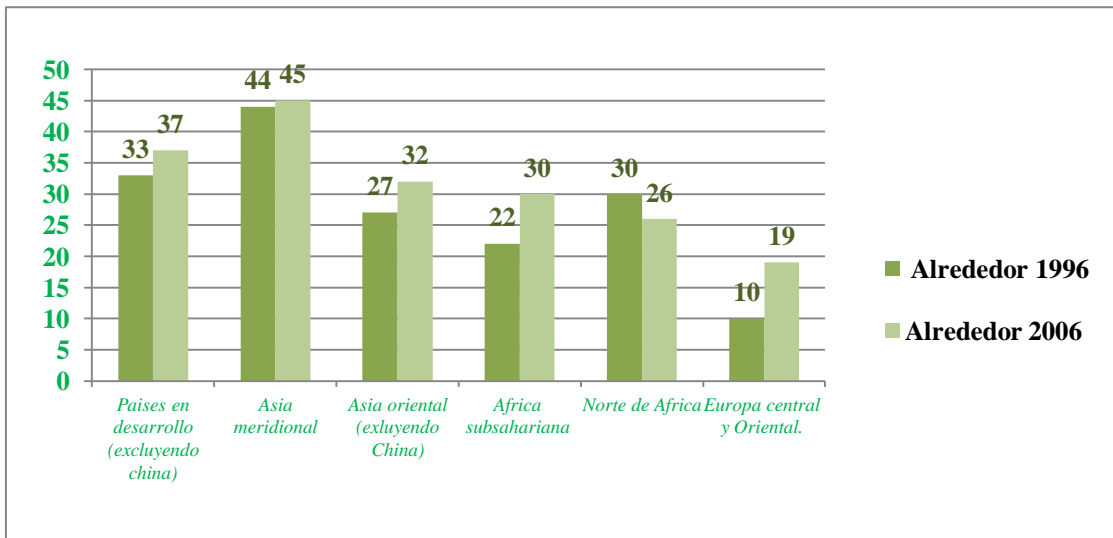
A la combinación de ambos tipos se le denomina lactancia mixta, cuando él o la lactante reciben tanto leche materna como leche artificial.

Después de los 6 meses de edad, es más difícil cubrir los requerimientos del o de la bebé solamente con leche, iniciándose entonces una alimentación complementaria. En este punto de su desarrollo, la mayoría de los lactantes ha alcanzado la madurez suficiente como para recibir otros alimentos (1).

La leche humana y la LM deben considerarse como referencia o “*patrón de oro*” de la alimentación del lactante o niño pequeño (2). La LM aporta beneficios para la salud de la madre y el lactante a corto y largo plazo y es la recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de forma exclusiva durante los seis primeros meses de vida y alternándola con alimentos complementarios hasta los dos años de edad o más tarde. Solamente en algunas situaciones especiales sería preferible utilizar leche artificial, como en el caso de mujeres VIH positivas o en las situaciones de emergencia y desnutrición (1).

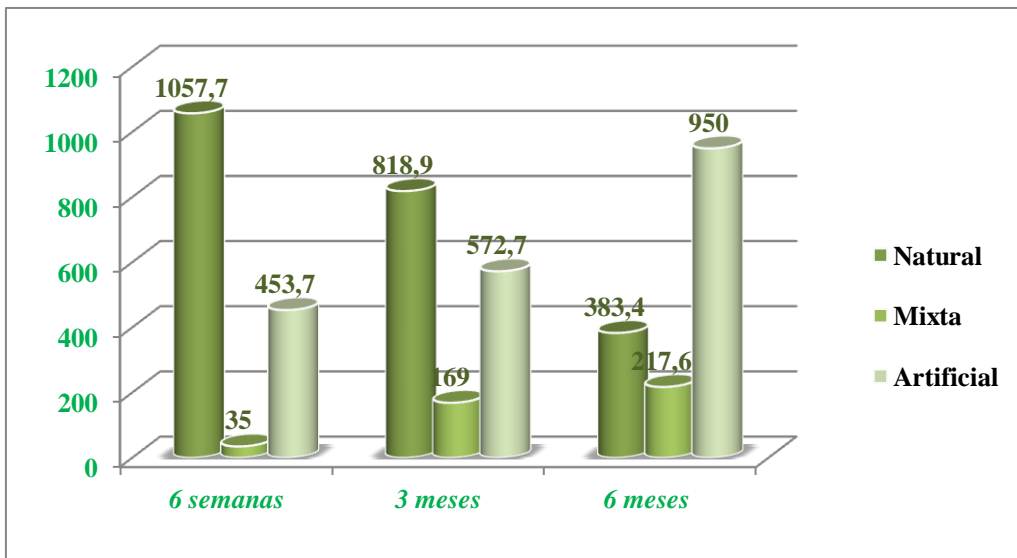
Sin embargo, como muestran los siguientes gráficos, sólo una minoría de lactantes europeos, incluyendo los españoles, son amamantados según estas recomendaciones.

**Figura 1** Tendencia de lactancia materna exclusiva (1996-2006)



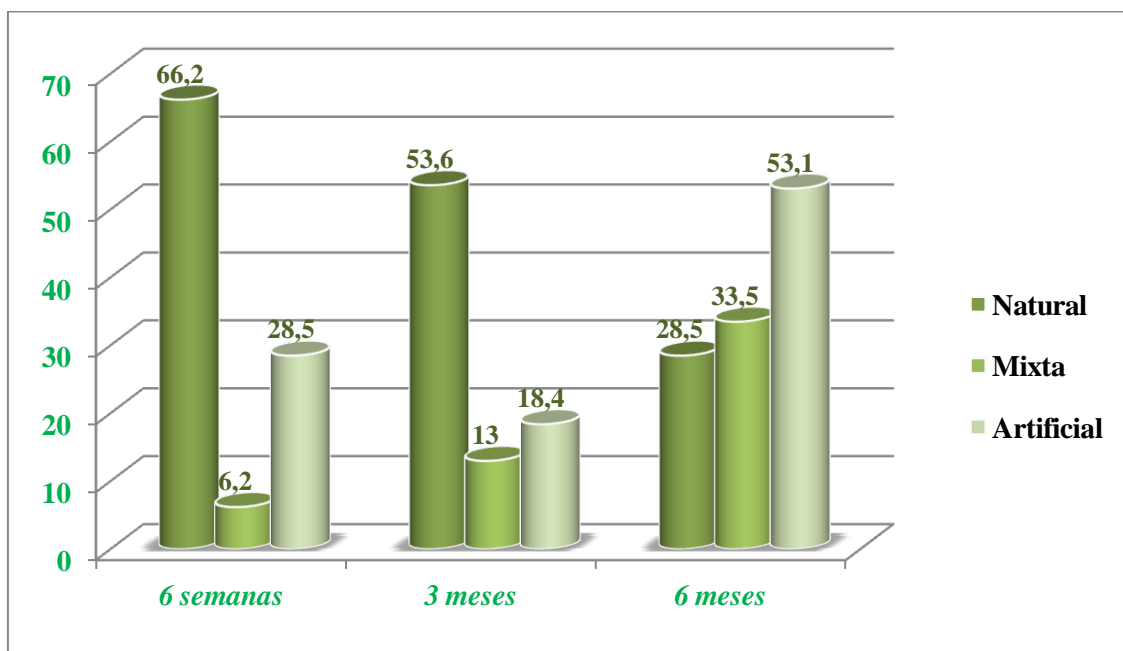
Fuente: Elaboración propia a partir de UNICEF: Progress for children: A world fit for children. Revisión estadística, N° 6 Nueva York, UNICEF, 2007

**Figura 2** Tipo de lactancia en España según edad del o la lactante expresada en miles de personas. 2006



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del INE (Instituto Nacional de estadística). Encuesta de salud: Estilos de vida y prácticas preventivas. Cifras absolutas. Alimentación. Tipo de lactancia. Año 2006

**Figura 3** Tipo de lactancia en España según edad del lactante expresada en porcentaje 2011-2012.



*Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del INE. Encuesta de salud: Estilos de vida y prácticas preventivas. Porcentajes. Alimentación. Tipo de lactancia. Año 2011-2012.*

La LM es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales (2). Se considera como tal hecho biológico porque de forma natural el o la bebé se alimentan a partir de la madre. Sin embargo, puede verse afectado por:

**Influencias sociales:** el entorno que rodea a la mujer influye en la decisión de esta acerca del tipo de lactancia que va a elegir. Se pueden considerar algunos factores como la experiencia de la madre o de la suegra, la opinión de la pareja o los consejos y ayuda del profesional sanitario

**Influencias económicas:** surgió con la creación de la fórmula artificial, ya que generaba intereses económicos importantes, mientras que la lactancia natural no. En épocas anteriores, los mismos profesionales de la salud podían promocionar la LA a causa de los beneficios monetarios obtenidos de los fabricantes

**Influencias culturales:** en algunas culturas, la LM se ha convertido en una ley y si la mujer no la suministra puede caer en un delito. En cambio, en otras existe una



utilización mayoritaria de la LA. El hecho de que la mujer trabaje fuera de casa, es un factor que favorece el uso de la LA.

Los beneficios de la LM están ampliamente documentados desde la antigüedad, apareciendo ya como tales en el Código de Hammurabi (1800 a.C.), que especifica que la alimentación al pecho se debía dar al menos dos años, con un máximo de 4 (3)

Centrándonos en nuestro medio, referencias a la LM existen en todas las culturas que han tenido influencia en el desarrollo de la civilización occidental, encontrándolas ya en Grecia y Roma, de donde pasaron también a la cultura árabe. Existen numerosos tratados, a lo largo de los siglos, que hablan de las bondades de este tipo de alimentación para la salud de los niños y niñas. (3,4)

Sin embargo, no es menos cierto que el uso de la LM ha tenido un seguimiento desigual a lo largo del tiempo y así hay que destacar la frecuente aparición de tratados moralistas o médicos que buscaban convencer a las mujeres de la excelencia de este sistema de alimentación, lo que indica claramente que no todas las madres la elegían. (4)

Las razones eran múltiples. En unos casos, la clase social marcaba su práctica y, así, cuanto más elevada era ésta, menor era el número de mujeres que lactaban, siendo sustituidas por nodrizas cuidadosamente elegidas. Esta práctica era habitual, por ejemplo, en las mujeres de la realeza y, por imitación, en las madres nobles. Hay que tener en cuenta que las relaciones sexuales estaban prohibidas durante la lactancia, por creer que la leche se alteraba, lo que se contradecía con el deseo de descendencia numerosa en una época de elevada mortalidad infantil y, además, entorpecía la sexualidad marital, única permitida por la iglesia católica. Al mismo tiempo, el hecho de que una mujer se empleara como nodriza tenía repercusiones para los hijos propios, que podían ser, a su vez, entregados a otras mujeres o alimentados con leche animal, lo que influía negativamente en su salud

En el caso de las mujeres más pobres y sin recursos, la alimentación infantil seguía la misma pauta: leche animal, destete precoz, lactancia compartida solidaria...

Siempre hay que contar, además, con las propias dificultades biológicas de muchas mujeres que hacían imposible la lactancia materna.

En otros casos, era el propio convencimiento de las mujeres sobre su incapacidad o sobre la calidad de su leche la que llevaba a buscar ayuda en la lactancia e, incluso en

algún periodo histórico, los cánones estéticos impuestos eran poco compatibles con la LM.

La revolución industrial del siglo XIX tuvo consecuencias en la alimentación de los y las lactantes. Las mujeres de clases inferiores se vieron necesariamente abocadas a incorporarse al mercado laboral, fundamentalmente en las fábricas, lo que dificultaba la lactancia al no disponer de métodos para la conservación de la leche y estar sujetas a horarios interminables. La alternativa era el uso de leche animal, lo que seguía ocasionando problemas en la salud de los y las bebés. Esta circunstancia supuso la aparición de un nuevo interés por conseguir una alimentación adecuada en los lactantes que no pudieran recibir LM (5)

El desarrollo de la industria química y farmacéutica fue clave para investigación sobre alimentos sustitutivos de la leche humana y ya a principios del siglo XX, las madres comenzaron a usar las formulas de alimentación derivadas de la leche de vaca como una alternativa para alimentar a los lactantes. (6)

El auge de la LA en el siglo XX tiene diferentes explicaciones, pero entre las principales están los intereses económicos de la industria farmacéutica y la propaganda llevada a cabo por los profesionales de la salud, médicos fundamentalmente, que en un parte por los beneficios crematísticos derivados de esta práctica y en otra por creencia erróneas acerca de la propia debilidad de la mujer y su capacidad para amamantar, contribuyeron a hacer desaparecer prácticamente la práctica de la LM a lo largo del siglo XX. Bien es cierto que esta práctica no contó con el mismo seguimiento en los diferentes países y, así, mientras que en Estados Unidos era indetectable el número de mujeres que daban de mamar a sus hijos, en Europa la LA tuvo un menor seguimiento y se preservó en mayor medida.

A mediados del siglo XX se daba por científicamente comprobado que la LM no aportaba ventajas sobre la LA y que ambos tipos de leche eran igualmente beneficiosas (5).

En la Tabla 1 del Anexo 1 se sintetiza el desarrollo de la Lactancia Artificial

Sin embargo, en el mundo occidental y desde los años 80, se está asistiendo a una recuperación de la LM, promovida tanto por organismos internacionales de salud como por las propias mujeres, tras la constatación de la evidencia científica de la superioridad

de la LM frente a la LA en todos los casos que sea posible y sus ventajas tanto para la mujer como para su hijo o hija. (6)

Desde la Organización Mundial de la Salud y UNICEF se han hecho esfuerzos importantes para la recuperación de la LM como práctica habitual, plasmados en numerosos documentos y recomendaciones.

Así, según el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de OMS/UNICEF de 1981 (7) , *“la lactancia natural es un medio inigualado de proporcionar el alimento ideal para el sano crecimiento y desarrollo de los lactantes, de que dicho medio constituye una base biológica y emocional única tanto para la salud de la madre como para la del niño, de que las propiedades antiinfecciosas de la leche materna contribuyen a proteger a los lactantes contra las enfermedades y de que hay una relación importante entre la lactancia natural y el espaciamiento de los embarazos”*

Este párrafo deja claro que el mejor tipo de alimentación para él o la bebé es la LM, teniendo ésta, además, efectos inmunológicos sobre el o la infante. Pero puede generar confusión en cuanto a la *“base emocional única”* que se produce entre la madre y niño. La LA no ha conseguido las propiedades inmunológicas de la lactancia natural, pero el vínculo emocional que se menciona en este párrafo también se puede conseguir con este tipo de lactancia. La lectura del texto puede llevar a confusión y hacer pensar que únicamente la LM es capaz de provocar vínculos emocionales entre madre e hijo.

Además, en el Código también se explica la posibilidad de dar LA o mixta, conteniendo las fórmulas de alimentación cantidades nutricionales adecuadas para él o la lactante, aunque indica que estas no deben ser comercializadas, publicitadas o distribuidas por métodos que puedan afectar a la promoción y protección de la LM.

En 1990 apareció la Declaración Dei Innocenti, producida y adoptada por todos los participantes en la reunión de la OMS/UNICEF sobre LM (8). Trata sobre la protección, promoción y apoyo de la LM, estableciendo metas y objetivos que debían conseguirse a corto y largo plazo y que implicaban tanto a los gobiernos como a las políticas específicas del sector salud. Establece las condiciones que debían ofertarse en todos los servicios de maternidad y el apoyo a las madres trabajadoras, las condiciones para la aplicación del Código de Comercialización de los sucedáneos de leche materna y los llamados Diez pasos para una lactancia feliz.

En el 2005, se hizo una revisión de la declaración Dei Innocenti, constatándose el notable progreso conseguido en lo que a mejorar las prácticas mundiales de alimentación de lactantes y niños pequeños se refería. Además, se acordó el apoyo a la LM como la norma de alimentación de lactantes y de niños pequeños y se hizo hincapié en los riesgos de la alimentación artificial y sus consecuencias para la salud y el desarrollo a lo largo del ciclo de la vida, así como se llegó al compromiso de velar por la salud y nutrición de las mujeres en todas las etapas de la vida (9)

Igualmente, desde la OMS y UNICEF se ha promulgado la Iniciativa del Hospital Amigo de los Niños. Entre sus objetivos se encuentra que las madres obtengan información y puedan escoger cómo alimentar a su bebé recién nacido, el apoyo del inicio precoz de la LM y su mantenimiento, la promoción de la LM exclusiva durante los primeros seis meses del bebé y el cese de las donaciones de leches adaptadas a los hospitales.(10)

Para que un hospital acceda a esta consideración debe de cumplir unas directrices y criterios globales mínimos, relativos a las políticas del centro, a la formación de los profesionales y a la información, ayuda y actuación con las usuarias y sus bebés en cuanto a alimentación se refiere. Al mismo tiempo, en las normas que se establecen para la acreditación se indica que *“si las madres deciden no dar LM, se considera si su petición es razonable y, de no ser así, se les explica el proceso fisiológico y las desventajas de la administración innecesaria de suplementos y, una vez informadas se respeta su decisión”* (10).

El apoyo a la LM ha hecho surgir numerosas organizaciones, tanto de profesionales como de usuarias y usuarios, que han contribuido, desde diferentes ópticas, a su recuperación y promoción

Algunas cuentan con una gran implantación, como La Liga de la Leche, fundada en 1956 en Estados Unidos para proporcionar información, apoyo y estímulo, principalmente a través de la ayuda personal, a todas las madres que quisieran amamantar a sus hijos. La Liga de la Leche cree que, *“a través de la lactancia, las madres comprenden y aceptan con mayor claridad las responsabilidades y recompensas que les trae su especial papel dentro de la familia. El crecimiento que experimenta una mujer como madre se refleja en un crecimiento como persona, y enriquece con entendimiento y humanidad los demás papeles que desempeña a lo largo de su vida”*. (11)

Estas palabras, sin embargo, merecen ser examinadas atentamente ya que se dice que el hecho de dar LM “aclara” a la mujer las responsabilidades y recompensas que tiene una madre dentro de la familia. Además, refiere que el ser madre provoca un sentimiento de crecimiento en la mujer como persona y le ayuda a desempeñar mejor “los demás papeles” que la mujer lleva a cabo. Diciendo esto, explica que el hecho de ser madre ayuda a ser mejor mujer y considera que el papel más importante en la vida de una mujer es ser madre; por lo tanto las mujeres que no desean serlo siempre realizarán los demás papeles de su vida peor, además de no cumplir la principal función de la mujer, el ser madre.

A nivel nacional encontramos un gran número de asociaciones que apoyan la LM, entre ellas: FEDALMA (Federación Española de Asociaciones pro-lactancia materna), que cuenta con más de 50 asociaciones y grupos de apoyo en toda España y pretende desarrollar servicios de información y apoyo a las mujeres que desean dar LM, SINA una asociación de apoyo a la LM y crianza en Valencia o MAMANTIAL, en Alicante, compuesta por grupos de familias que amamantan a sus hijos y han decidido brindar apoyo a las personas que lo necesiten.

La Asociación Española de Pediatría (AEP) posee el Comité de Lactancia Materna, un grupo consultor y asesor cuyo objetivo fundamental es promocionar la LM, difundiendo conocimientos actualizados sobre el tema e impulsando la formación de los profesionales. Considera la LM como el método óptimo de alimentación infantil, dadas sus ventajas nutricionales, emocionales e inmunológicas. Entre sus objetivos figura contribuir al cumplimiento de las recomendaciones de OMS/UNICEF y también ayudar a las madres y familias a tomar una decisión correctamente informada sobre el modo de alimentación y crianza de sus hijos (12)

La promoción de LM es un hecho en nuestro país, e indudablemente, es la opción más saludable para el niño o la niña pero podemos preguntarnos cómo actúan los profesionales de la salud si la mujer no la desea, si se proporcionan alternativas y se respeta su decisión. Podemos fijarnos como el Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la leche materna reconoce la existencia de preparados para la alimentación infantil que deben ser accesibles para la población o en las consideraciones de la AEP sobre decisión informada de las familias en el modo de alimentación de sus hijos.

Además, en lo referente a la acreditación de un hospital como Hospital Amigo de los Niños se dice que “*si las madres deciden no dar LM, se considera si su petición es razonable*”, así que podemos interrogarnos acerca de quién, cómo y cuándo considera que esa petición es razonable y cuáles son sus actuaciones, como se juzga la decisión de la mujer si esta decide no dar LM al neonato y si se respetan sus deseos individuales.

Al contemplar la actuación de los profesionales de enfermería, es imprescindible considerar sus aspectos éticos. La ética enfermera existe desde la antigüedad, basándose en el acto de cuidar sin discriminación. Sin embargo, algunos autores fundamentan que el sustento teórico de la enfermería y con ello la ética enfermera, comenzó con Florence Nightingale (13).

Actualmente, la persona que proporciona los cuidados de enfermería es valorada en su comportamiento y por las relaciones que tiene con la persona cuidada. Garzón Alarcón en su texto “*Ética profesional y teorías de enfermería*” expresa que estas relaciones deberán ser siempre individualizadas respetando, en lo que atañe al usuario o usuaria de sus servicios, “*su individualidad, su valor y dignidad, sus derechos, sus necesidades y sus prioridades, su cultura, su historia y ejercicio de su autonomía*” (13), empleando para ello diversas formas de comunicación verbal y no verbal a través de las cuales se intercambia y valora la información para interpretar las necesidades, los valores y los deseos de la persona cuidada. También refiere que en la relación entre enfermera (cuidador) y paciente (persona cuidada) se debe respetar a este último como interlocutor válido, con derecho y capacidad de razonar y ser participe en decidir acerca de su cuidado y salud.

Por tanto, parece razonable afirmar que las enfermeras no deben precipitarse a la hora de extraer conclusiones sobre la persona cuidada. No deben insistir sobre la “verdad científica” sin conocer antes la “verdad del paciente”. Se tiende a pensar que la evidencia científica es aquello en lo que deben basarse las actuaciones profesionales y es cierto, pero antes se ha de conocer la situación y los deseos del paciente, para realizar una valoración y cuidados enfermeros adecuados. El o la profesional de enfermería debe escuchar, respetar y tener flexibilidad, siendo capaz de obtener una competencia transcultural.

El hecho de comunicarse es uno de los comportamientos humanos más importantes y no puede entenderse como una mera transferencia de información, es más complejo que eso. Debe ser continuo y dinámico y el emisor (la enfermera) debe dejar claro lo que

quiere transmitir, además de dejar claro al receptor lo que espera al transmitir dicha información. Se debe escuchar a cada persona de forma individual, explicando y ayudando a cada una de forma personalizada, sin generalizar (14)

Para la labor profesional de la Enfermería, la comunicación es un pilar fundamental y los requisitos básicos para realizar una correcta relación terapéutica incluyen “*autoconocimientos, empatía, respeto, observación, escucha activa y conciencia de las propias habilidades*” (14)

En este punto, conociendo las recomendaciones de los organismos nacionales e internacionales de salud, los beneficios de la LM, su situación actual y la de la LA y la promoción y protección de la lactancia natural por parte de las enfermeras, pero también las dudas que pueden surgir en las madres acerca del tipo de alimentación que van a ofrecer a su bebé y las posibles consecuencias que su decisión de administrar LA puede tener en la relación terapéutica con el personal de enfermería, es por lo que se propone la realización de una revisión narrativa con el objetivo de conocer la actuación profesional de los enfermeros y enfermeras cuando la mujer opta por administrar lactancia artificial al recién nacido o nacida

## 2. Material y Métodos

Para llevar a cabo la revisión narrativa se ha hecho una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Science Direct, Cinalh, Lilacs y Dialnet. La estrategia de búsqueda se adaptó a cada una de ellas, utilizando, si existían, los tesauros específicos, MeSH y DeSH.

Los términos empleados para las búsquedas han sido: *"infant formula"*, *"mothers"*, *"decision making"*, *"choice behavior"*, *"female"*, *"women"*, *"breastfeeding obligation"*, *"Nurses attitude"*, *"mother"*, *"decision support techniques"*, *"obligation or decision"*, *"lactancia materna"*, *"decisión maternal"* y *"profesionales sanitarios"*, combinados mediante los operadores booleanos AND, OR y NOT. En PubMed se utilizó el truncamiento con el término NURS\*

Los límites establecidos han sido:

- Idioma: español, inglés y portugués
- Año de publicación: 2005-2015.

Excepto en SCIENCE DIRECT, no se establecieron límites por tipología de trabajo, por lo que se han aceptado estudios cualitativos, estudios cuantitativos, revisiones narrativas y una tesis doctoral. En la base de datos mencionada previamente se limitó el tipo de documento a revisión bibliográfica y estudios cualitativos y cuantitativos.

Igualmente se ha utilizado la búsqueda inversa de acuerdo a los autores más citados en la bibliografía de los artículos seleccionados.

Para la selección de documentos se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- ✓ Mujeres primíparas sanas con parto a término de recién nacido sano.
- ✓ Mujeres sin alteraciones anatómicas que afecten a la lactancia materna.
- ✓ Mujeres que decidieron dar lactancia artificial o que dudaban acerca del tipo de lactancia que querían dar
- ✓ Actuación del o la profesional de enfermería acerca del tipo de alimentación que las mujeres deciden para su hijo o hija.



- ✓ Posibilidad de obtención de texto completo

Criterios de exclusión.

- x Mujeres con alguna patología de base que afecte a la lactancia materna.
- x Mujeres con alteraciones anatómicas que afecten a la lactancia materna.
- x Recién nacido con patología o alteración anatómica que afecte a la lactancia materna.
- x Partos gemelares
- x Literatura gris

Se obtuvieron un total de 29 documentos, de los que se hizo una lectura preliminar para descartar aquellos que no se ajustaban a los criterios de inclusión y exclusión. Finalmente, se seleccionaron 17 de ellos, en los que se llevó a cabo una lectura en profundidad para extraer los conceptos más relevantes e identificar aquellos que aparecían de forma repetida, siempre de acuerdo al objetivo de la revisión. Para su análisis final, se han encuadrado en cuatro unidades de análisis que se desarrollan en el apartado siguiente.

A continuación, se expone una Tabla que resume el proceso de selección.

**TABLA 1 “Estrategias de Búsqueda”**

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.	LÍMITES	ARTÍCULOS ENCONTRADOS.	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
PUBMED.	<i>"Infant Formula"[Mesh] AND "Mothers"[Mesh] AND "Decision Support Techniques"[Mesh]</i>	Humanos. Año: 2005-2015 Idioma: inglés, español y portugués	1	0
	<i>"Infant Formula"[Mesh] AND "Decision Making"[Mesh] AND "Mothers"[Mesh]</i>	Humanos Año: 2005-2015 Idioma: inglés, español y portugués.	19	2
	<i>"Infant Formula"[Mesh] AND "Decision Making"[Mesh]</i>	Humanos Año: 2005-2015 Idioma: inglés, español y portugués.	32	2
	<i>"Breast Feeding"[Mesh] AND "Choice Behavior"[Mesh]</i>	Humanos. Año: 2005-2015 Idioma: inglés, español y portugués.	47	1
	<i>"Breast Feeding"[Mesh] AND "Decision Making"[Mesh] AND "Female"[Mesh]</i>	Humanos Año: 2005-2015 Idioma: inglés, español y portugués.	80	2

	<i>"Infant Formula"[Mesh] AND "Decision Making"[Mesh] AND "Nurs*"</i>	Humanos Año: 2005-2015 Idioma: inglés, español y portugués	3	1
	<i>"Infant Formula"[Mesh]AND "Decision Making"[Mesh] AND "Women"[Mesh]</i>	Humanos Año: 2005-2015 Idioma: inglés, español y portugués.	1	0
<b>SCIENCE DIRECT</b>	<i>"breastfeeding obligation" AND "mothers"</i>	Año:2005-2015 Idioma: inglés, español y portugués Content type: Journal or reference work.	76	2
	<i>"Infant formula" AND "mother" AND "Nurses attitude"</i>	Año:2010-2015 Idioma: inglés, español y portugués. Content type: Journal and reference work	74	2
<b>CINALH</b>	<i>"Breastfeeding" AND "obligation or decision" AND "women".</i>	Año:2010-2015 Idioma: inglés, español y portugués.	50	2
	<i>"Infant formula" AND "making decisions" AND "mothers".</i>	Año: 2010-2015 Idioma: inglés, español y portugués.	17	2
<b>LILACS</b>	<i>"lactancia materna" Y "decisión maternal"</i>	Año: 2005-2015 Idioma: inglés, español y portugués	13	1
<b>DIALNET</b>	<i>"Lactancia materna" Y "profesionales sanitario"</i>	Año: 2005-2015 Idioma: inglés, español y portugués.	9	0

Fuente: Elaboración propia.

### 3.Resultados

Los 17 documentos seleccionados para esta revisión se corresponden con 6 revisiones narrativas, 8 estudios cualitativos, 1 estudio cuantitativo, 1 cuanti-cualitativo y 1 tesis doctoral. De ellos, 14 están en inglés, 3 en español y 1 en portugués

Todos ellos abordan las relaciones que se establecen entre las mujeres o las familias que eligen LA y los profesionales de enfermería, así como los cuidados referentes a la lactancia que estos proporcionan en el puerperio.

Sus principales características se detallan en la Tabla 3 del Anexo 2.

Según sus contenidos se han elaborado las siguientes unidades de análisis: culpabilización y falta de apoyo a la mujer en su decisión, creencias en relación al instinto maternal, información del profesional de enfermería a la mujer y papel de las familias en la decisión sobre el tipo de lactancia.

#### ***Culpabilización y falta de apoyo a la mujer en su decisión.***

Existen diferentes estudios que inciden en el sentimiento de culpabilidad que experimentan algunas mujeres cuando deciden dar LA, motivado muchas veces por la actitud del o de la profesional de enfermería, además de la falta de apoyo que las enfermeras pueden transmitir a las mujeres cuando no dan LM.

Tickey y Newburn (15) refieren como la actitud del profesional afecta a las mujeres del Reino Unido cuando estas deciden no dar LM. La enfermera puede generar en las madres un sentimiento de falta de apoyo, además de sentirse juzgadas.

En su trabajo en 2010, un total de 16 madres de Reino Unido con niños menores de tres años hablaron de sus experiencias y necesidades de apoyo en lo referente a la alimentación de su bebé. Participaron también 35 mujeres miembros de la NCT (National Childbirth Trust), una organización benéfica del Reino Unido que asesora y ayuda a resolver dudas que las mujeres puedan tener durante la crianza de su bebé y entre cuyos objetivos principales se encuentra que todas las madres tengan experiencias positivas durante la alimentación del lactante, den lactancia artificial o materna.

En las conclusiones de este trabajo aparecen tres problemas principales: las madres que usaban LA eran juzgadas, no contaban con apoyos por parte de los profesionales de salud y a las que sufrieron problemas con la LM se les dio poco apoyo o un apoyo irreal en su situación.

Cuando se habla de apoyo por parte del profesional, las autoras hacen referencia a que es necesario, por parte de las enfermeras, conseguir una relación de ayuda con la paciente, no centrándose solo en sus procesos fisiológicos sino que es inevitable incluir también la esfera psicosocial, conociendo su situación, sus preferencias, es decir, conociendo a la persona en su integridad. En el estudio, las mujeres explicaban no haber recibido ayuda o no haber recibido ayuda suficiente por parte de la enfermera cuando se decidían por la LA.

Por otro lado, se explica que las madres que tuvieron problemas con la LM contaron con un “apoyo irreal”. Esto quiere decir que las mujeres no recibieron la ayuda que esperaban, debido a que las enfermeras no actuaban ni acompañaban a las pacientes como ellas deseaban. La actuación más común por parte de la enfermera cuando se producía este tipo de problema, era explicar a la madre los beneficios de la LM para el bebé y para la mujer.

Por este motivo, recomiendan la creación de grupos de apoyo para las mujeres que se deciden por LA, creando nuevos modelos de asistencia en los que las madres puedan contar y compartir sus experiencias, recibir consejos por parte de los profesionales de enfermería y pedir ayuda si la necesitan. De la misma manera, consideran importante cuidar el lenguaje profesional y refieren que se tiene que emplear el tono adecuado, dar todas las opciones de alimentación para él o la lactante sin juzgar y no hacer ninguna restricción de la información acerca de la LM o LA.

Atchan, Foureur y Davis(16), llevan a cabo una revisión bibliográfica sobre el fuerte apoyo que las mujeres reciben por parte del o la profesional de enfermería cuando dan LM, la información que aportan sobre los riesgos de la alimentación artificial y las prácticas de LM en Australia.

En su trabajo explican que los profesionales de la salud informan de los riesgos de la LA, lo que muchas veces genera un sentimiento de culpa en la madre que se ha decidido por dar fórmula de alimentación a su hijo. Algunas de estas mujeres llegan a pensar que por culpa de una decisión suya, sus bebés pueden tener problemas.

En su estudio incluyeron trabajos que examinaban los diferentes factores que afectan a la decisión sobre la alimentación infantil, entre ellos los profesionales de salud, llegando a la conclusión de que no está clara su influencia sobre la opción final de la mujer frente a otros factores de mayor peso, como la influencia de la familia, la cultura de procedencia y el entorno que rodea a la madre. Constataron, igualmente, que la mujer sí cuenta con el suficiente apoyo por parte del profesional sea cual sea la opción de alimentación elegida, aunque siempre es mayor en el caso de la LM y, finalmente, detectaron una falta de formación en las enfermeras para poder ayudar y aconsejar a la mujer durante el periodo de lactancia, a pesar de su voluntad para hacerlo.

Wirihana y Barnard, (17) llevaron a cabo un estudio cualitativo en Australia en el que se entrevistó a siete mujeres que decidieron dar LA. La entrevista se realizó cuatro semanas después de dar a luz, basándose en la idea de que el convencimiento de ser una buena madre en muchas culturas y sociedades pasa por la elección de LM. Afirman que esta idea es promocionada igualmente por los profesionales de la salud, por lo que pueden acabar generando un sentimiento de culpa en las madres que se deciden por la LA. Además, algunas de las madres entrevistadas referían que no contaban con los mismos cuidados ni el mismo apoyo por parte de las enfermeras cuando se decidían por la alimentación con fórmula y que se sentían juzgadas y vulnerables ante el profesional de Enfermería. Solo una minoría de las entrevistadas manifestaron sentirse cómodas y apoyadas por las enfermeras a pesar de dar LA.

Así, una de las mujeres entrevistadas explica que *“es imposible escapar de la publicidad y promoción de la lactancia materna”*

En este estudio se compara la decisión de la madre y el proceso de alimentación con un árbol. El profesional de salud se encuentra en el tronco de ese árbol, siendo una fuente de apoyo para la mujer. Por lo tanto, si las enfermeras han de actuar siempre como apoyo hacia la mujer y el bebé, la decisión de la madre no debe suponer ningún problema ni alteración para ella misma o para el lactante.

Aunque la mejor opción no sea la LA, los profesionales de la salud han de ser una fuente de apoyo para la usuaria, siendo las propias mujeres las que demandan esta necesidad. Las autoras recurren al código ético de enfermeras y matronas para explicar que las han de respetar y apoyar cualquiera que sea la opción que la paciente decida.

También en el estudio *“Being a good mother: Managing breastfeeding and merging identities”* realizado por Marshall, Godfrey y Renfrew (18) se habla de la concepción de ser “buena madre”. Se trata de una investigación cualitativa con 158 entrevistas a enfermeras y mujeres realizada en el norte de Inglaterra entre agosto del 2000 y enero del 2002. El objetivo era conocer las experiencias y sentimientos de las mujeres durante el periodo de lactancia. En sus conclusiones obtienen que a las mujeres que dan LM se las considera “buenas madres” y, por tanto, las mujeres que optan por otro tipo de alimentación son consideradas “malas madres”. Afirman que los profesionales de la salud no deben contemplar como única opción la LM, sino que deben tener en cuenta los diferentes tipos de alimentación y no juzgar ni hacer sentir culpable a ninguna madre por su elección. Se plantea la necesidad de un cambio de mentalidad en lo referente a la idea de “buena o mala madre” y la creación, por parte del profesional enfermero, de mayor accesibilidad y conocimiento de los diferentes tipos de alimentación para los bebés.

En la revisión narrativa de Souza Marques, Minardi, Alves, Ferrerira, Gomes y Siquiera-Batista (19), *“A influencia da redes social da nutriz no aleitamento materno: O papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde”*, se propone como objetivo conocer la influencia que las enfermeras tienen en la elección de LM por mujeres.

En su trabajo explican la importancia del papel del padre, familia y abuelos pero también del profesional sanitario. Entre sus conclusiones indican que existen desacuerdos entre los diferentes documentos utilizados en la revisión a la hora de considerar las necesidades de la madre y las del bebé y una sensibilidad diferente hacia esas necesidades de la mujer según se trate de un profesional de enfermería o de un profesional médico. En el caso del pediatra, primarían las necesidades del bebé sobre las de la madre, mientras que entre el personal de enfermería se puede encontrar tanto una mayor sensibilidad hacia la mujer como una actitud ciega al posible sufrimiento materno durante la lactancia

El trabajo de Lagan, Symon, Dalzell y Whitford (20) es un estudio cualitativo, realizado en el este de Escocia de mayo a septiembre del 2010, que pretendía explorar las experiencias de las mujeres en la alimentación de los y las lactantes y conocer las posibles mejoras que podrían implementarse en el cuidado profesional. Se captó a 78 mujeres, 38 de las cuales expresaron sus experiencias y sentimientos acerca de la

alimentación del lactante en grupos, permitiéndose la discusión y el debate, mientras que otras 40 fueron entrevistadas personalmente mediante una entrevista semiestructurada.

Entre las conclusiones del artículo destaca la falta de apoyo por parte de las enfermeras que experimentaron las mujeres que se habían decidido por LA, ya que referían que ninguna enfermera les había explicado cómo preparar los biberones, la cantidad adecuada que el niño debía tomar o como interpretar comportamientos determinados del bebé. En cambio, las mujeres que optaban por la LM recibían una ayuda total que, además, cambiaba al extremo opuesto si más tarde optaban por administrar LA.

En las conclusiones del trabajo donde se revisan diferentes estudios cualitativos y cuantitativos llevada a cabo por Lakshman, Ogilvie y K Ong (21), se explica que muchas de las mujeres que antes de parir se habían decidido por LM y que finalmente optaron por LA, se sentían culpables por no estar haciendo lo correcto con sus bebés. Se afirma que los profesionales de enfermería y el entorno que rodea a las madres puede hacer comentarios y emplear términos como “buena madre” para referirse aquella que se decide por LM, lo que genera sentimientos de culpa en la mujer que ha optado por LA. Además, existe presión sobre las mujeres para que elijan LM, ya que las enfermeras les explican que es lo mejor para el neonato. Por lo tanto, las que optan por LA pueden llegar a sentirse egoístas por su decisión.

Larissa Hirsh en su tesis doctoral “*Lactancia materna versus Lactancia artificial*” (22) refiere que la LM es la mejor opción pero no siempre es posible, y las mujeres que optan por las leches infantiles en muchas ocasiones llegan a sentirse culpables de su decisión. En el documento se explica que el profesional de enfermería debe ser capaz de eliminar ese sentimiento materno, ya que con LA él o la bebé tendrán cubiertas sus necesidades nutricionales y el vínculo emocional será igual de fuerte entre madre y lactante.

Solamente en el estudio descriptivo cualitativo realizado por Brown, Raynor y Lee (23) entre 2007 y 2008, mediante una entrevista semiestructurada a 23 madres que habían dado LA y materna con niños de entre 6 a 12 meses, se habla de la LA como una opción contemplada, aceptada y respetada por las enfermeras del Reino Unido.

Algunas de las preguntas que se hicieron a las mujeres hacían referencia a cuándo se decidieron por el tipo de alimentación para su bebé, si encontraron problemas y cuáles fueron.

También se entrevistó a 20 profesionales de la salud, preguntándoles por las creencias sobre la alimentación del lactante, la influencia que creían que tenían sobre la madre a la hora de tomar la decisión sobre el tipo de lactancia, los factores asociados con la duración de la LM y las razones por las que pensaban que algunas mujeres se decidían por la LA.

Los autores concluyen que no se considera que los profesionales de enfermería culpabilicen a la mujer que no da LM, sino que la LA está muy presente en el país y que a veces el problema se encuentra en que las mujeres no reciben una adecuada información acerca de los beneficios que la LM aporta a la madre y al niño.

### ***Creencias en relación al instinto maternal.***

Es destacable la creencia de muchas mujeres de que la LM es un instinto y no una decisión consciente. Esta idea supone que la madre siempre debe dar LM.

En muchas ocasiones, esto es apoyado y alabado por los profesionales de enfermería.

En el estudio cualitativo de Lööf-Johansson, Foldevi y Rudebeck (24), se propone como objetivo conocer el motivo por el que las mujeres se deciden por la LM en el entorno sueco y establecer una comparación con otros países, además de investigar la influencia que las generaciones anteriores tienen sobre la decisión de las madres.

Las entrevistas comenzaban con la pregunta “¿Por qué escogiste lactancia materna?” y en los resultados no se aprecian grandes diferencias entre generaciones. Es de destacar que, en relación al instinto, a las mujeres se les había informado durante todo el embarazo que la LM es algo que se da por instinto y no por una decisión meditada. Algunas madres de las mujeres que dieron LM dijeron frases como “No había pensamientos, sólo comportamiento instintivo”

En la discusión del artículo, se habla de la tarea de dar LM y del instinto como un cruce de presiones. Durante todo el embarazo, la mayoría de las mujeres escuchan por parte de los profesionales de salud y de su familia que la LM es algo natural, que no se elige, y que es el cuerpo el que manda en ese momento. Por lo tanto, en la información



aportada a las mujeres la LM se convierte en una tarea que se lleva a cabo por “instinto”.

El artículo *“Factors influencing decisión to breastfeed”* (25), un estudio realizado con datos cuantitativos y cualitativos en 16 hospitales de Hong Kong, se entrevistó a mujeres primíparas y se les facilitaron cuestionarios que debían cumplimentar en 24-48 horas. El 40,9% de las mujeres que participaron en el estudio escogieron la lactancia materna, el 45,2% la lactancia artificial y 13,9% lactancia mixta.

El objetivo era conocer las principales influencias que hacen decidirse a la mujer por un tipo de alimentación u otro y, además, explorar los conocimientos que las madres tienen sobre la alimentación del recién nacido en las primeras horas tras el parto.

La mayoría de las entrevistadas (89.1%) contestaron que la LM era una actividad humana natural, es decir, algo instintivo. Por lo tanto, no era considerada una decisión u opción y explicaron que esta información la habían recibido de los profesionales de enfermería y de sus familias.

La revisión narrativa *“A influencia da rede social da nutriz no aleitamento materno: O papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde”* (19) explica que los profesionales de enfermería deben recurrir al hecho de que la LM es un acto biológico, es decir, instintivo, para así convencer a la mujer de que es no solo la mejor opción sino lo que debe de hacer.

En este trabajo se llega a la conclusión de que el comportamiento de las enfermeras es de vital importancia y afecta de forma directa a la decisión de la alimentación en el bebé. En ningún momento el artículo contempla la opción de la LA, exponiendo que el éxito se produce cuando la madre opta por la LM y el fracaso si escoge la LA.

Atchan, Foureur y Davis (16) refieren que la decisión de la mujer en cuanto al tipo de alimentación está muy vinculada a la creencia de ser una “buena o mala madre”. Aquellas mujeres que optan por alimentación artificial tienden a justificar su opción, porque se considera que dar LA convierte a la mujer en mala madre, ya que siendo la LM algo instintivo, que el niño necesita, no se es una buena madre si no se da lactancia natural.

Los autores hablan de la falta de investigación sobre este tema, pero parece evidente la presión social y por parte los profesionales de enfermería.

En cambio, Sesma, Pardo e Ibáñez, (26) todas ellas enfermeras, explican que los cuidados que la mujer reciba en el puerperio inmediato son decisivos para la iniciación de la LM o la iniciación en LA. Refieren que la LM tiene un componente instintivo pero que precisa de un aprendizaje. Por tanto, mantienen que la LM es instintiva pero también una decisión de la mujer.

Amy Brown en su artículo *“Breast is the best, but not in my back-yard”* (27) dice que la LM es considerada en muchos lugares una norma social, algo biológico que se ha de dar por instinto. La autora explica que la mayoría de las personas que viven en el mundo occidental conoce los beneficios de la LM y le otorgan un carácter instintivo. Sin embargo, su práctica no se ha convertido en una norma social, cuando según su trabajo debería serlo. Se refiere que en muchas naciones de occidente, la LA es una forma usual de alimentar al lactante.

De la misma forma, en la revisión narrativa de Urquiza (28), se dice que la mujer que da LM favorece el vínculo afectivo entre la madre, padre e hijo, además de mejorar su autoestima. Por otro lado, explica que el cansancio de la madre tras el parto no debe suponer ningún impedimento para iniciar la LM. En este artículo no se contempla la idea de la LM como una opción o decisión de la mujer, y el autor habla de ella como algo instintivo que todas las mujeres deben llevar a cabo, aconsejando a los profesionales de enfermería que la promocionen e insistan sobre las mujeres para que la mayoría opte por la LM

### ***Información del profesional de enfermería a la mujer***

Existe gran diversidad en la información que el profesional de enfermería aporta a las mujeres acerca del tipo de alimentación de sus hijos, lo que puede generar confusión y dudas en las madres y descontento hacía las enfermeras.

En el estudio cualitativo *“The Midwives aren’t allowed to tell you: Perceived infant feeding policy restrictions in a formula feeding culture- The feeding your baby study”* (20) muchas mujeres entrevistadas explicaban que la información que daban las enfermeras sobre el tipo de alimentación era confusa y contradictoria. También referían que cada profesional ofrecía una información diferente, es decir, el médico daba unas pautas diferentes a las de las matronas y las de éstas eran diferentes a las de las enfermeras.

Las mujeres del estudio manifestaban su descontento con la forma que el profesional de enfermería empleaba para dar información acerca de la alimentación del lactante, ya que cuando preguntaban por la LA, las enfermeras simplemente contestaban que la LM era la mejor, lo que generaba incertidumbre en las madres que querían conocer las ventajas e inconvenientes de la LA y el modo de utilización de este tipo de alimentación. La mayoría de las madres que dieron LA a sus hijos explicaban que no habían contado con esta formación por parte de la enfermera, además de haberse sentido juzgada y culpable, como se menciona en la primera unidad de análisis.

En cambio, cuando las mujeres preguntaban por la LM los y las profesionales de enfermería contestaban que era fácil, divertida y natural. Aquí, las mujeres explicaban que esta información no era verdadera, que no consideraban que fuese una técnica fácil y que, además, cuando manifestaban dolor o encontrarse cansadas, tenían la sensación de que su malestar no era valorado por las enfermeras.

En la discusión del documento, se explica que las enfermeras incluidas en el estudio seguían las indicaciones del Registro de Maternidad Nacional escocés, hecho a través de las recomendaciones de la OMS y UNICEF. Estas organizaciones no incluyen la discusión acerca de la LA.

Igualmente se especifica que las mujeres tenían la sensación de que a las enfermeras no les estaba permitido informar acerca de la LA ni de los problemas que la lactancia materna LM puede producir, ya que únicamente se centraban en explicar que la LM era cómoda, natural, instintiva y fácil, además de ser la mejor.

De la misma manera, en el estudio cualitativo *“Goals, dilemmas and assumptions in infant feeding education and support. Applying theory of constraints thinking tools to develop new priorities for action”* (15) se menciona el interés de los profesionales de la salud para promocionar la LM siguiendo recomendaciones de la OMS y UNICEF, por lo que el objetivo de los profesionales es avalarla sin apenas hacer alusión a la posibilidad de LA.

También Wirihana y Barnad (17) explican el exceso de promoción y publicidad existente de la LM debido a las recomendaciones de la OMS. El problema que encuentran se debe a que gran parte de mujeres que se deciden por la LA apenas reciben información y cuando la obtienen, únicamente son informadas de los riesgos que puede suponer para los niños o niñas. Sin embargo, no informar adecuadamente de la correcta

utilización de las fórmulas artificiales genera riesgos para la madre y el o la bebé, ya que se pueden producir diarreas, hiponatremia, hipernatremia y desnutrición.

Marshall, Godfrey y Renfrew (18) hablan de cómo las madres tomaron la decisión de amamantar a sus hijos después de las reuniones preparto que tuvieron con las enfermeras, en las que éstas aconsejaban la LM como la mejor para el bebé y como una experiencia maravillosa y natural que toda mujer debería experimentar. Como resultado de estas reuniones, muchas madres escogieron la lactancia natural, basando su elección en que era lo mejor para su hijo. Otras dijeron que antes de la reunión ya tenían pensado amamantar a sus bebés, pues sus madres también lo habían hecho. Es importante destacar que en ningún momento el profesional de enfermería dio información sobre LA, limitando así la elección de opciones de alimentación para el niño o la niña.

Brown, Raynor y Lee (23) en su estudio cualitativo *“Healthcare professionals’ and mothers’ perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: a comparative study”* explican la falta de información que se produce en las madres cuando hay problemas con la LM. Se refieren a la falta de conocimientos y comprensión de los profesionales cuando la mujer tenía problemas con ella, porque el profesional no actuaba para minimizar su dolor o solucionar las dudas que pudieran surgir.

En muchas ocasiones, esta actitud provocó que la mujer cambiara de LM a LA. Las mujeres manifestaban que cuando sufrían problemas por el amamantamiento, las enfermeras solo contestaban que era lo normal, limitándose a explicar que la LM era la más beneficiosa para el bebé y dando como única solución el cambio a la LA. En el cambio a alimentación con fórmula también influyó la sensación de las madres de no producir suficiente cantidad de leche.

Las enfermeras, por su parte, admitieron que muchas veces eran conscientes de no proporcionar la información y los conocimientos adecuados acerca del tipo de alimentación del bebé, excusándose con la falta de tiempo.

En la revisión bibliográfica *“Mothers’ experiences of bottle feeding: A systematic review of qualitative and quantitative studies”* (21) se explica la falta de información y claridad acerca de LA por parte de las enfermeras. Esto lleva a las madres a cometer errores con este tipo de alimentación. Muchas mujeres consideran que la información recibida

durante el puerperio hospitalario era mucho más correcta y adecuada si optaban por LM. En cambio, si se decidían por LA apenas tenían información.

En la revisión narrativa de Sesma, Pardo e Ibáñez (26) se explica la discontinuidad de promoción y apoyo a la LM entre atención primaria y especializada y que los intentos de formar a las enfermeras se pueden considerar fallidos. Un claro ejemplo se ve en los resultados obtenidos con la iniciativa del Hospital Amigo de los Niños, que no son los deseados, ya que el mantenimiento de la LM se afecta negativamente una vez que la mujer abandona el hospital.

Se considera que existe una carencia en la formación de los profesionales acerca del tipo de alimentación del recién nacido, tanto en la LM como en artificial, lo que provoca confusión en la mujer. También se destaca la falta de intimidad y la despersonalización de la mujer cuando está en el hospital y explican la necesidad de que las enfermeras que trabajan en plantas de puerperio conozcan perfectamente la fisiología de la LM para ser capaces de informar a las madres de forma adecuada. Finalmente concluyen con que el inicio y abandono de la LM en la mayoría de los casos se produce por una serie de consejos erróneos por parte de la enfermera a las madres, además de una falta de apoyo del profesional y de la familia.

En el artículo “ *The professionalising of breast feeding. Where are we a decade on?*” (29) los autores hablan de que la LM, está siendo excesivamente promocionada por el profesional, convirtiéndose en una norma rígida antes que una opción para la mujer. Las enfermeras no saben explicar los beneficios de LA ni la forma adecuada de darla y apenas dan consejos. No se centran en cada mujer de forma individual y tienen una visión estereotipada de la mujer madre, sin ser capaces de ver las necesidades de cada persona y la forma de trabajo diferenciada con cada paciente, centrada en la individualidad y no en la máxima de que la LM es la mejor opción para todas.

Souza, en el artículo “*A influência social da nutriz no aleitamentos materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde*”(19), hace alusión a la poca relación entre el profesional de enfermería y las mujeres en lo que significa la decisión del tipo de alimentación de su hijo, además de establecer la falta de calidad en la comunicación paciente-enfermera durante el proceso de nutrición al lactante.

El estudio cualitativo de Bonia, Twells, Halfyard, Ludlow, Newhook y Murphy-Goobridge (30), realizado en el verano del 2010 en el este de Newfoundland y

Labrador, Canadá, tiene como objetivo conocer los factores individuales que afectan a las mujeres que se deciden por LA para sus hijos. La muestra estaba compuesta por tres grupos de madres: 6 mujeres formaban un grupo urbano y 12 de uno rural, que se reunieron y contaron sus experiencias libremente de forma conjunta, dando lugar a la discusión. El último grupo estaba compuesto por una madre de la zona rural a la que se le realizó una entrevista semiestructurada.

Los autores explican la diferente forma de actuación del profesional de enfermería en la zona rural y en la zona urbana. Cuando una madre de la zona rural informaba a la enfermera de que no deseaba dar LM, ésta asentía sin explicar a la mujer los beneficios de la LM o como se debía manejar adecuadamente la LA. En cambio, las mujeres que vivían en ciudades explicaron que se sintieron obligadas a dar LM, refiriendo que los profesionales de enfermería las forzaban a realizar esta práctica. Una de las madres urbanas afirmó que estaba dando LA por la sensación de deber que las enfermeras le habían creado en lo referente a la LM.

Finalmente, se concluye que es necesario que los profesionales ayuden a la toma de decisión del tipo de alimentación al lactante, que informen a las madres sin juzgarlas y que en las zonas donde la LA sea mayoritaria, expliquen los beneficios de la LM sin generar en la mujer sentimientos negativos. Por ejemplo, en lugar de preguntar “¿*Vas amamantar?*” deberían hacer preguntas del tipo “¿*Qué sabe usted de la lactancia materna?*”

Por otro lado, Huang et al. (31) llevan a cabo un estudio cuantitativo longitudinal sobre la LA en Estados Unidos, recogiendo datos de mayo del 2005 a junio del 2007.

El trabajo destaca el exceso de promoción de la LA por parte de los profesionales de la salud, ya que un 34.4% de las madres se decidió por la LA por recomendación de la enfermera en el hospital y un 23.2% por recomendación del médico.

Además, en el documento denuncia que en ocasiones se hacen regalos de alimentación artificial a las madres en el hospital, convenciéndolas así para que se decidan por la LA, una práctica rechazada en las recomendaciones de OMS y UNICEF

La recomendación de los profesionales de enfermería acerca de la LA se basa en intereses propios y de comercialización. Si la mujer se decide por LA no es necesario explicar el aprendizaje de LM y esto al profesional le supone un ahorro de tiempo.

Por último, mencionar que en el trabajo de Atchan, Foureur y Davis(16) se explica la importancia de conocer las experiencias personales y el grupo social y cultural de pertenencia en el que se han formado los profesionales de enfermería, ya que influye en la actitud de la enfermera o enfermero ante el tipo de alimentación del bebé.

### ***Papel de las familias en la decisión sobre el tipo de lactancia.***

En la relación entre el o la profesional de enfermería y la mujer, influye de forma significativa la familia de esta última. En cuanto al tema que nos ocupa, es posible que la madre de la mujer, la madre de su pareja, otro familiar o la pareja misma influyan de manera determinante en su decisión. La enfermera deberá tener en cuenta los puntos de vista de las personas del entorno de la mujer, además de integrarles en la información y ayuda que se brinde a la madre.

Es decir, la enfermera no sólo interacciona con la mujer sino que, en la mayoría de ocasiones, la relación, el apoyo, los consejos y la información también se produce con otros miembros de la familia.

En el artículo *“A influencia social da nutriz no aleitamentos materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde”*(19) los autores explican que la familia tiene un papel fundamental en la elección del tipo de alimentación del bebé, aportando opinión y conocimientos según experiencias vividas.

En cuanto a la alimentación del o de la bebé, Atchan, Foureur y Davis (16) explican la importancia del apoyo de la pareja hacia la mujer, generalmente respetando su opción de lactancia. Los padres que apoyan la LA son más jóvenes y con menos nivel educativo que los que optan por la LM.

Según este trabajo, las mujeres son conscientes de contar con más ayuda por parte de su pareja que por parte del profesional de enfermería, sobre todo si la decisión de la madre consiste en alimentar con LA a su bebé.

También explican que la opinión del padre sobre el tipo de alimentación en su hijo influye directamente en la madre, más de lo que puede influir la actitud profesional.

En esto coinciden con el trabajo de Kong y Lee (25), en el que el 62,6% de mujeres refiere la importancia que para ellas tiene el apoyo y acompañamiento de sus parejas durante el periodo de alimentación a su bebé.

De la misma manera, en la revisión narrativa de Souza Marques, Minardi, Alves, Ferrerira, Gomes y Siquiera-Batista (19) se habla de la intervención del padre del lactante. Cuando la mujer opta por la LM, el padre puede experimentar sentimientos de celos hacia el bebé, además de falta de afecto por parte de su pareja, lo que puede provocar la aparición de problemas. Explican que el hombre puede tener la sensación de que el cuerpo que le “pertenece” ahora es parte también de su hijo.

Esta situación puede ser problemática para la mujer, por lo que habla de la necesidad de creación de programas en los que el padre pueda participar y de esta forma aclarar sus expectativas y dudas, además de ser un apoyo para la enfermera, ejerciendo un efecto positivo en el proceso de alimentación del lactante.

En el documento *“A qualitative study exploring factors associated with mothers’ decisions to formula –feed their infants In Newfoundland and Labrador, Canada”* (30) los autores mencionan la importancia de la pareja en lo referente al tipo de alimentación del bebé y como muchas veces el padre se siente desplazado de este proceso además de inútil, pues consideran que durante nueve meses el recién nacido ha estado con su madre y que después del nacimiento tampoco se pueden encargar de su alimentación. Esta circunstancia lleva a que una mayoría de los varones prefieran la LA, ya que de esta forma sienten que pueden ayudar más. Por ello se recomienda a los profesionales de la salud explicar también a la pareja las ventajas de la LM y hacerle participe durante las tomas del recién nacido.

En cuanto a la importancia de la actitud de madres y suegras de las mujeres en la elección del tipo de alimentación, en el trabajo de Souza Marques, Minardi, Alves, Ferrerira, Gomes y Siquiera-Batista (19) se habla de la influencia de las abuelas en la decisión de amamantar o dar LA al recién nacido. Las mujeres tienen a sus madres como referentes y ejemplos a seguir *“Cómo mi abuela ha amamantado y mi madre también, yo también lo haré”*. Durante el proceso de alimentación del bebé, si la madre se muestra insegura es posible que intervenga la abuela aconsejando o contando su experiencia y yendo a favor o en contra de la LM.

Estos comportamientos han de ser percibidos por la enfermera, que debe de contar con recursos para saber actuar: las abuelas tienen derecho a contar sus experiencias, pues han vivido los mismos temores y preocupaciones que sus hijas o nueras están viviendo ahora, pero el profesional de enfermería ha de saber relajar y tranquilizar a la madre, animándola a que sea ella la que decida qué tipo de alimentación desea dar.



El estudio de Johanson, Foldevi y Rudebeck (24), fue realizado con tres generaciones de mujeres, la que en el momento estaba dando LM, su madre y su abuela. Participaron 7 madres primíparas de entre 21-33 años, 6 madres de las mujeres que amamantaban de entre 39-69 años y 5 abuelas de entre 60-92 años.

De esta forma se pretendía conocer la influencia de las anteriores generaciones sobre la decisión de la mujer acerca del tipo de alimentación, materna o artificial. Las mujeres referían la posibilidad de hablar con sus abuelas sin que estas intervinieran en su decisión, respetándolas en ambas opciones, mientras que su propia madre sí intervenía en la decisión, con consejos según su propia experiencia, estando algunas a favor de la LM y otras en contra, lo que provocaba dudas en la mujer. Por este motivo, las nuevas madres reconocían que preferían hablar con las enfermeras o con sus abuelas antes que con sus madres. .

Además, las mujeres que daban LM referían en la entrevista como sus maridos, madres y profesionales de la salud les convencieron de que la LM era una decisión intuitiva y, por lo tanto, de carácter natural. Muchas explicaban que han tenido problemas con sus parejas, ya que ellas no querían permanecer en casa dando LM, aunque, finalmente, lo habían “intentado”

También se planteaba la situación contraria, cuando las madres no amamantaban a sus hijos porque su familia no lo apoyaba, lo que generaba en ellas un sentimiento de culpabilidad, ya que no le dejaban cumplir su deseo.

Wirihana y Barnard (17) afirman que la experiencia previa de las madres de las mujeres repercute directamente en su decisión acerca del proceso de alimentación del recién nacido. Anteriormente se ha explicado que en este estudio se compara la decisión de la madre y el proceso de alimentación con un árbol, siendo los profesionales de enfermería el tronco donde la mujer encuentra apoyo. Sin embargo, la figura de la madre hace de raíz y son los sucesos que ésta ha vivido, sus conocimientos y las experiencias transmitidas acerca de la alimentación natural o artificial las que influyen la decisión de la mujer.

## 4. Discusión y conclusiones.

La decisión de la mujer sobre el tipo de alimentación al neonato o neonata parece estar directamente condicionada por la actuación de los y las profesionales de enfermería y el entorno que les rodea, principalmente su familia.

Prácticamente la totalidad de estudios que componen la presente revisión narrativa están de acuerdo en que la actitud de las enfermeras ante la elección del tipo de alimentación al bebé es completamente diferente según la madre elija LM o LA o varía si, después de haber iniciado LM, cambian a alimentación con fórmula. Las mujeres hablan de la falta de apoyo y del sentimiento de culpabilidad que el profesional puede generar ellas cuando deciden alimentar al recién nacido o nacida con LA.

No solo los conocimientos del profesional afectan a la relación terapéutica que establece con la usuaria sino que sus creencias y estereotipos sociales, reflejados también en el lenguaje, afectan directamente a la actuación profesional e inciden en la decisión de la mujer, que puede verse presionada para elegir aquello que la enfermera considera óptimo aunque no sea su deseo. Por ejemplo, llama la atención la conceptualización de la mujer por parte de los profesionales como “buena o mala madre” relacionada con el hecho de dar o no LM. Sin embargo, sea cuál sea la decisión que la usuaria tome, se debería respetar, estableciendo las acciones oportunas para ayudarla durante todo el proceso de alimentación del o de la bebé. Como indica el artículo VI del Código deontológico de la Enfermería Española, “*En el ejercicio de sus funciones las enfermeras y enfermeros están obligados a respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que le presta*” (33)

También existe la creencia generalizada en muchos profesionales de enfermería, así como en la familia y el entorno que rodea a la mujer, de conceptualizar la LM como algo instintivo y natural, frente a la consideración de elección libre y consciente de la misma, vinculada de nuevo, además, en algunos casos, al concepto de “buena madre”. La palabra instinto precedida por la preposición “por” se define, según la RAE, como “impulso o propensión natural e indeliberada” (34). El ser humano, a diferencia de otros seres vivos, tiene la capacidad de escoger y elegir. Por lo tanto, diciendo que la LM es instintiva puede vincularse lo natural como lo óptimo, sin atender otras circunstancias que pudieran estar presentes en el caso concreto de cada mujer.

En algunos estudios se explica, igualmente, el uso de un nuevo estereotipo ampliamente difundido, como es el que la LM crea un vínculo emocional entre la madre y el o la bebe que parece imposible de igualar si se utiliza la LA; este hecho podría aumentar el sentimiento de culpa y egoísmo de la mujer. Sin embargo, la mayoría de los autores y autoras consideran que es posible generar el mismo vínculo emocional en el caso de las mujeres que han optado por LA, considerando que las tomas al bebé son un momento de conexión e intimidad entre el o la lactante y la madre. Podríamos entonces preguntarnos qué ocurre si la mujer, por causas médicas aceptadas, tiene que suministrar LA necesariamente y así es aconsejada.

Los y las profesionales de enfermería pueden calificar la LM como “fácil”, “divertida” o “cómoda” lo que contrasta con la propia experiencia de las mujeres que consideran que no es una técnica sencilla. En gran parte de los estudios utilizados para la revisión manifestaban no sentirse acompañadas y escuchadas por las enfermeras cuando tenían problemas como cansancio o dolor.

En cuanto a la información, consejos y ayuda que las mujeres reciben por parte de los profesiones, parece ser menor en el caso de optar por la LA, llegando a ser incluso inexistente. Parece que si la mujer sufre algún problema con la LM, la mayoría de enfermeras no se preocupa en solucionar el problema, limitándose tan solo a explicar los beneficios de lactancia natural.

Cabe destacar que entre el momento del alta hospitalaria y la primera visita al centro de atención primaria, la madre puede encontrarse con un vacío de atención y no contar con ningún apoyo por parte del profesional de enfermería si le surgen dudas o problemas, siendo probable la aparición de estas circunstancias, ya que la mayoría de mujeres son dadas de alta de forma precoz, según marcan la mayoría de los protocolos, a las 48h; muchas de ellas todavía no han experimentado la subida de la leche, lo que sucede cuando ya se encuentran en su domicilio sin el apoyo y la ayuda de ningún profesional. Sería necesario hacer un seguimiento cuidadoso de la mujer durante este periodo, pudiendo establecer una enfermera o matrona de enlace que favorezca la comunicación hospitalaria con la atención primaria (en algunos sistemas ya se ha comenzado hacer con resultados satisfactorios), la disponibilidad de un teléfono durante las 24h atendido por una matrona o enfermera, o, por último, el cumplimiento de la visita domiciliaria del puerperio incluido en la cartera de servicios.

El interés del profesional por comunicar las ventajas de la LM en las mujeres puede llevar a obviar una explicación adecuada sobre el uso correcto de la LA, lo que podría generar riesgos en la salud del o la bebé por administración inadecuada de la fórmula.

Es de destacar que en los diferentes documentos revisados muchas madres expresan la poca atención por parte de los profesionales de la salud acerca de las razones por las que no desean dar LM, primando las necesidades del bebé sobre las suyas propias. Las enfermeras deben explicar a la paciente que la mejor opción es la LM, estando recomendada por la OMS por sus propiedades inmunológicas y nutricionales que la LA no es capaz de reproducir pero, sin embargo, no se debería olvidar la conceptualización por parte de los y las profesionales de enfermería de la persona atendida como un ser bio-psico-social, lo que implica también la atención a todos los aspectos que van más allá de la esfera biológica.

Por todo lo explicado anteriormente se hace necesaria una mayor formación e investigación cuanti-cualitativa por parte de los profesionales de enfermería. En la investigación cualitativa se atiende a la realidad construida por las personas tanto como a la realidad externa a ellas. Este tipo de investigación no busca la explicación ni la predicción, sino la comprensión de las diversas situaciones desde el punto de vista de las personas que viven la experiencia. Describe e interpreta para conocer de manera más compleja y profunda y que la persona atendida no sea objeto de estudio sino sujeto del mismo. En referencia a la actuación de los profesionales, se debería tener en cuenta a los usuarios y usuarias, valorando sus sentimientos, emociones y percepciones de las acciones profesionales.

En cuanto a la relevancia del entorno familiar de la mujer en la elección del tipo de lactancia, es importante destacar que, sobre todo en el caso de la pareja y de la madre y la suegra de la mujer, su influencia parece ser superior a la del profesional de enfermería.

La pareja, en general, aparece como una fuente de apoyo a la decisión de la mujer. Los padres más jóvenes y con menos nivel educativo son los que más se inclinan por la LA, siendo destacable, además, que se pueden generar situaciones conflictivas provocadas por celopatías o por la percepción por parte del padre de la desviación de los afectos de la mujer hacía el recién nacido o nacida en caso de administrar LM. En otros casos, tanto las mujeres como sus parejas opinan que la LA es una ocasión para que el progenitor se implique en los cuidados del o la bebé.

En cuanto a la figura de la madre de la mujer o de la suegra, la mayoría suele recomendar la lactancia que ellas han practicado, convirtiéndose en un referente y ejemplo para la nueva madre.

Los estereotipos y creencias de la pareja, madre y suegra de la mujer también parecen afectar directamente a su elección y la nueva madre puede terminar tomando decisiones “obligada” por su familia. En uno de los estudios revisados (24) se explica cómo una mujer recurrió a la LA porque su familia pensaba que era la mejor, lo que generó en ella un sentimiento de culpa. Entre la familia de la mujer también es frecuente que exista la teoría de LM por instinto o el estereotipo de “buena y mala madre” ya que ambas ideas, como se explica anteriormente, están implantadas en nuestra sociedad.

El profesional de enfermería debería conocer las preferencias en cuanto a la alimentación del lactante y trabajar con la familia en la decisión final del tipo de lactancia que la paciente desea dar, además de asegurarse de que la mujer no tome decisiones en contra de su voluntad por complacer a sus familiares, apoyándola en su elección. Esto significa que la familia de la mujer debería también ser incluida por las enfermeras en la información y ayuda que se presta a la hora de decidir el tipo de alimentación en los primeros meses de vida del hijo o hija.

El o la profesional tendrían que conseguir una decisión informada por parte de la mujer, es decir, informar a la madre de cuál es la mejor opción de alimentación para el o la bebé (LM) pero también la existencia de otras alternativas (LA) para que, una vez conocidas sus ventajas e inconvenientes, sabiendo todas las posibilidades, la madre decida sin ningún tipo de presión por parte de la familia o del profesional. Además, sea cual sea la decisión, si no existen contraindicaciones para su salud o la del recién nacido o nacida, debe ser respetada y apoyada.

En suma y para concluir, se enumeran de forma concisa las siguientes consideraciones:

- El o la profesional de enfermería debe tener una actitud reflexiva sobre su práctica, descubriendo las propias creencias y estereotipos que pueden influir en los cuidados que presta a las personas, en este caso la mujer y su familia.
- Respetar las decisiones informadas de las personas atendidas en cuanto a sus procesos de salud. Esto significa, en el contexto del inicio de la lactancia, que es imprescindible informar y educar como parte del proceso de cuidado, pero al mismo tiempo contemplar la capacidad de elección de las usuarias y usuarios.

- Proporcionar cuidados basados en la evidencia científica y de la más alta calidad posible, sea cual sea la elección de la mujer a la hora de optar por el tipo de alimentación del recién nacido o nacida
- Llevar a cabo el seguimiento de la mujer en la lactancia después del alta hospitalaria y hasta la primera visita puerperal Contemplar y atender, en todo caso, a la persona como un ser bio-psico-social.
- Mayor formación e investigación por parte de los profesionales de enfermería, con utilización de la metodología cualitativa.
- Incluir a la familia de la mujer en la información que se le proporciona a la puérpera, para conocer sus preferencias y conseguir su implicación y apoyo en las decisiones que ésta pueda tomar.

Finalmente, habría que hacer mención a las dificultades que ha supuesto para la realización de este trabajo no poder acceder a toda la documentación deseada en razón de las limitaciones de las bases de datos utilizadas, por lo que se es consciente de la de la necesidad de seguir investigando sobre el tema desarrollado en esta revisión.

## 5.Agradecimientos

La realización de la presente revisión narrativa ha sido tutorizada por Belén Cabello Tarrés a la cual quiero agradecer su trabajo, aportaciones y sugerencias durante los últimos cinco meses, que han contribuido a mejorar la calidad del trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 1º Edición. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2010.
2. Asociación española de la pediatría. Manual de lactancia Materna. De la teoría a la práctica Manual de lactancia materna. 1º Edición. Madrid: Panamericana; 2008.
3. Trejo-Lucero H, Camacho-Beiza R, Herrera-VillalobosJ, González-Rubalcava A. Significado semántico de «lactancia materna» y «lactancia artificial», en mujeres y hombres. Rev Mex Pediatr 2011; 78(1): 10-15.
4. Diez Castilho S, Azevedo Barros Filho, A. The history of infant nutrition. Jornal de pediatria, 2010; 86(3):179-188.
5. Bryder L. From breast to bottle: a history of modern infant feeding. Endeavour.2009; 33(2):54-59.
6. Barriuso L, De Miguel M, Sánchez M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico Maternal breastfeeding: health factor. Historical memory. An. Sist. Sanit. Navar.2007; 30(3):383-391
7. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna OMS/UNICEF [Internet] 1981 [Consultado 7 de Febrero del 2015] Disponible en [http://www.unicef.org/republicadominicana/Codigo\\_Intl\\_Comercializacion\\_Sucedaneos\\_Leche\\_Materna.pdf](http://www.unicef.org/republicadominicana/Codigo_Intl_Comercializacion_Sucedaneos_Leche_Materna.pdf)
8. DECLARACION DE INNOCENTI Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna [Internet], 1 de Agosto de 1990, Florencia, Italia [Consultado 7 de Febrero del 2015] Disponible en [http://www.ihan.es/cd/documentos/Declaracion\\_innocenti\\_1990.pdf](http://www.ihan.es/cd/documentos/Declaracion_innocenti_1990.pdf)
9. Unicef .Declaración de Innocenti del 2005 Sobre la Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños [Internet]. Actualizada 2010. [Consultado 7 de Febrero del 2015] Disponible en [http://innocenti15.net/declaration\\_spanish.pdf](http://innocenti15.net/declaration_spanish.pdf)



10. Flores B., Temborry, M. C., Muñoz M. C., Muñoz Román, E. Dificultades frecuentes para la acreditación como Hospital Amigo de los Niños: nuestro abordaje. *Revista de Calidad Asistencial* 2008; 23(6): 264-270.
11. La leche league internacional. La liga de la leche [Internet]. Actualizada 2015. [Consultado 10 de Febrero del 2015] Disponible en <http://www.laligadelaleche.es/>
12. Asociación española de pediatría. Comité de lactancia materna [Internet]. Actualizada 2015. [Consultado 10 de Febrero del 2015] Disponible en <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna>
13. Garzón Alarcón N. Ética profesional y teorías de enfermería. *Aquichan*, 2005; 5(1): 64-71.
14. Cortés, MD. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Rev Esp Com Sal.*2011; 2(1): 55-61.
15. Trickey H., Newburn M. Goals, dilemmas and assumptions in infant feeding education and support. Applying theory of constraints thinking tools to develop new priorities for action. *Maternal & child nutrition.* 2014; 10(1): 72-91.
16. Atchan M, Foureur M, Davis D. The decision not to initiate breastfeeding-women's reasons, attitudes and influencing factors-a review of the literature. *Breastfeeding Review* 2011: 19(2), 9-17.
17. Wirihana LA, Barnard A. Women's perceptions of their healthcare experience when they choose not to breastfeed. *Women and Birth.* 2012; 25(3), 135-141.
18. Marshall JL, Godfrey M, Renfrew, MJ. Being a 'good mother': managing breastfeeding and merging identities. *Social Science & Medicine.* 2007; 65(10):2147-2159.
19. Marques ES, Cotta RMM, Magalhães KA, Sant'Ana LDR, Gomes AP, Siqueira-Batista R. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Ciênc saúde coletiva*, 2010; 15(1):1391-400.
20. 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.

21. Lakshman R, Ogilvie D, & Ong, K. Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Archives of disease in childhood*, 2009; 94(8), 596-601.
22. León Ferré M. Lactancia materna versus lactancia artificial [Tesis doctoral] Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2010.
23. Brown A, Raynor P, Lee M. Healthcare professionals' and mothers' perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: a comparative study. *Journal of advanced nursing* 2011; 67(9): 1993-2003.
24. Lööf-Johanson M, Foldevi M, Rudebeck CE Breastfeeding as a specific value in women's lives: the experiences and decisions of breastfeeding women. *Breastfeeding Medicine* 2013; 8 (1):38-44.
25. Kong SK, Lee DT. Factors influencing decision to breastfeed. *Journal of advanced nursing*. 2005; 46(4): 369-379.
26. Sesma MLJ, Pardo VV, Ibañez EF. La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. *Medicina naturista*, 2009; 3 (2): 77-85.
27. Brown A. Breast is best, but not in my back-yard. *Trends in molecular medicine*. 2015; 21 (2): 57-59.
28. Urquiza R. Lactancia materna exclusiva: ¿siempre? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2014; 60 (2): 171-176.
29. Barclay L, Longman J, Schmied V, Sheehan A, Rolfe M, Burns E, Fenwick J. The professionalising of breast feeding Where are we a decade on? *Midwifery*. 2012; 28(3): 281-290.
30. Bonia K, Twells L, Halfyard B, Ludlow V, Newhook LA, Murphy-Goodridge J. A qualitative study exploring factors associated with mothers' decisions to formula-feed their infants in Newfoundland and Labrador, Canada. *BMC public health*. 2013; 13 (1): 645 (1-9)
31. Huang Y, Labiner-Wolfe J, Huang H, Choiniere C, Fein SB. Association of Health Profession and Direct-to-Consumer Marketing with Infant Formula Choice and Switching. *Birth*. 2013; 40 (1): 24-31.

32. Código deontológico de la enfermería española 1988 [Internet]. Actualizado en 2007 [Consultado 19 de Abril del 2015] Disponible en [http://www.coerioja.enfermundi.com/fileadmin/colegio/CODIGO\\_DEONTOLOGICO.pdf](http://www.coerioja.enfermundi.com/fileadmin/colegio/CODIGO_DEONTOLOGICO.pdf)
33. Diccionario de la Real Academia Española 22ª Edición [Internet] Actualizado en 2012 [Consultado 19 de Abril del 2015] Disponible en <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>

## ANEXO I

**TABLA 1 “Historia de la Lactancia Artificial y evolución actual”**

AÑO.	EVENTO.
1838	Se descubre que la leche de vaca contenía más proteínas que leche materna
1856	Gail Borden crea la leche condensada.
1867	Leibig crea la primera fórmula comercial.
1872	Se descubre que la leche condensada poseía alta energía y bajo contenido de grasa.
1874	Se crea la primera fórmula artificial completa: leche en polvo para ser mezclada con agua. Era demasiado cara.
1883	Myenberg crea la leche evaporada. Tenía más ventajas, era sin azúcar, con más grasa, estéril y más digerible.
1885	Meigs en EEUU y Biedert en Alemania publican la composición exacta de la leche materna.
1890	Se descubre la pasteurización de la leche, que tuvo mucha oposición.
1895	Rotch crea fórmulas matemáticas, basada en proporciones, para preparar la leche en casa. Las fórmulas se venden en botellas listas para el usar La electricidad hace posible el uso de la refrigeración para conservar la leche. .
1920	Se hacen recomendaciones de cómo complementar la alimentación con aceite y jugo de hígado de bacalao.
1929	Se crea la fórmula de soja para los niños alérgicos a la leche de vaca.
1940	Se fortifica la leche evaporada o pasteurizada con vitamina D. Se administra zumo a los niños para garantizar una fuente de vitamina C Después de la Segunda Guerra Mundial, la publicidad y el aumento de la tasa de natalidad traen un aumento del uso de la LA.
1960	Constantes cambios en las fórmulas (ácido láctico, lactosa, grasas, minerales, vitaminas) para satisfacer las necesidades de los niños.
1962	Se regulan los ingredientes de fórmula.
1970	Inicio del movimiento a favor de la lactancia materna. Se fortifica la fórmula con hierro o leche de vaca con cereal.
1990	Declaración dei Innocenti, Iniciativa Hospital Amigo del Niño y Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa. Se regula la publicidad de tetinas, biberones y fórmulas.
1993	La OMS expone las diferencias de los niños alimentados con leche materna y los alimentados con formula artificial.
Siglo XXI	Se recomienda LM hasta los 6 meses seguida de LM con alimentos complementarios al menos hasta los 2 años.

*Elaboración propia, a partir de Diez Castilho S, Azevedo Barros Filho, A. (2010). The history of infant nutrition. Jornal de pediatria, 2010; 86(3):179-188*

## ANEXO II

**TABLA 3 “Resumen de los artículos incluidos en la revisión narrativa”**

ARTICULO	OBJETIVO	SUJETOS DE ESTUDIO	DISEÑO	METODOLOGÍA	PRINCIPALES HALLAZGOS.
<b>Atchan M, Foureur M, Davis D. 2011.</b>	Explorar los factores que influyen en las decisiones de las mujeres sobre la lactancia materna y sus razones para no iniciarla	-----	Revisión Narrativa	Búsquedas en las bases de datos Medline, CINAHL y Psych Info entre los años 1990 y 2010. Total de 86 artículos	Hay relativamente pocos estudios que exploran las experiencias de las mujeres que deciden no iniciar la lactancia materna. Se hace necesaria aumentar la investigación en esta área para poder ayudar a estas madres.
<b>Wirihana LA, Barnard A. 2012</b>	Conocer la percepción de las mujeres que deciden no amamantar en cuanto a los cuidados recibidos por los profesionales sanitarios.	Siete mujeres que decidieron dar LA en el hospital urbano exterior en el sur Queensland Oriente.	Investigación Cualitativa.	Entrevistas individuales y en grupo semiestructuradas. Se realizaron cuatro semanas después de dar a luz.	Aproximadamente una de cada cinco mujeres da LA. Por elección o por no tener otra opción, ellas no deben ser ignoradas, abandonadas o juzgadas de acuerdo con el Código de Ética para las enfermeras y matronas. El cuidado y la educación de las mujeres que optan por no amamantar debe ser de calidad, incluso si la decisión de no amamantar no es la opción preferida de profesionales de la salud.
<b>Marshall JL, Godfrey M, Renfrew, MJ 2007</b>	Conocer los factores que influyen en la toma de decisiones, experiencias y emociones de las mujeres que han decidido amamantar.	158 enfermeras y mujeres del norte de Inglaterra.	Investigación Cualitativa	Datos de observación y entrevistas semiestructuradas en profundidad a las mujeres y enfermeras de las encuestadas.	Cambio de mentalidad en lo referente a la idea de “buena o mala madre” y la creación, por parte del profesional enfermero, de mayor accesibilidad a los diferentes tipos de alimentación.
<b>Marques ES, Cotta RMM, Magalhães KA, Sant’Ana LDR, Gomes AP, Siqueira-Batista R 2010</b>	Influencia sociales y de las enfermeras en la elección de LM	-----	Revisión Narrativa	Búsquedas en las principales bases de datos: MEDLINE, LILACS, SCIELO entre los años 1977-2006 Total de 49 artículos	Destaca la importancia de la escucha activa por parte de los profesionales a las madres y la importancia de la familia para una lactancia exitosa.
<b>Lagan BM, Symon A, Dalzell J, Whitford H. 2014</b>	Explorar las experiencias de las madres en relación a la alimentación del lactante e identificar cómo mejorar los cuidados por parte de las matronas y enfermeras	Un total de 78 mujeres que habían decidido dar LA o habían cambiado la LM por LA en el este de Escocia	Investigación Cualitativa	Entrevistas semiestructuradas y reuniones en grupos dando lugar a la discusión y debate	Las mujeres que se habían decidido por LA experimentaron falta de apoyo por parte de las enfermeras; en cambio las que optaron por LM recibían una ayuda total que, además, cambiaba al extremo puesto si más tarde optaban por administrar LA.
<b>León Ferré M.</b>	El tipo de alimentación del bebe es una decisión personal de la		Tesis doctoral.		El o la profesional de enfermería debe informar a las mujeres de las ventajas e inconvenientes de la

<b>2010</b>	mujer. Habla de ventajas e inconvenientes de ambos tipos de alimentación.	-----		-----	LM y LA, sin juzgar ni hacer sentir culpables a las que decidan el tipo de alimentación que va en contra de sus creencias.
<b>Brown A, Raynor P, Lee M 2011</b>	Conocer la influencia de los profesionales de la salud y en las madres en la decisión de dar LA o LM.	23 madres que habían dado LA y LM con niños de entre 6 a 12 meses en En Reino Unido.	Investigación Cualitativa.	Entrevista semiestructurada	Con el objetivo de aumentar la duración de lactancia materna, se necesitan más recursos y reconocimiento de los profesionales de la salud que trabajan con las nuevas madres, a fin de que puedan ofrecer un mayor apoyo.
<b>Lööf-Johanson M, Foldevi M, Rudebeck 2013</b>	Conocer los motivos por los que las mujeres optan por la LM	Dieciocho mujeres de tres generaciones: 7 madres primíparas, 6 madres de las mujeres que amamantaban y 5 abuelas. En Suecia	Investigación Cualitativa	Entrevistas semiestructuradas y confidenciales.	Mayor influencia de la familia que del profesional en la decisión de la mujer sobre el tipo de alimentación que desea dar a su hijo. En la elección repercuten sobre todo las experiencias previas de sus madres
<b>Kong SK, Lee DT. 2005</b>	Conocer los factores que influyen en la decisión de la mujer sobre el tipo de alimentación al lactante y explorar los conocimientos de madres primíparas sobre la LM.	Profesionales sanitarios y 230 madres primíparas de 24 a 48 horas después del parto de hospitales privados y 10 hospitales públicos de Hong Kong	Investigación cuanti-cualitativa.	Un cuestionario y entrevistas en profundidad	Se hacen recomendaciones para los profesionales de la salud y la comunidad para crear un ambiente adecuado para la promoción de la lactancia materna. Se plantea la necesidad de más formación, la inclusión de la pareja de la mujer por parte de los profesionales sanitarios y aumentar la comunicación con la familia,
<b>Sesma MLJ, Villacastillo VP, Fleta, EI 2009</b>	Conocer la influencia de las enfermeras en la decisión de la madre sobre el tipo de alimentación del o la bebé.	-----	Revisión narrativa	Búsquedas en las bases de datos Medline, Cochrane, Amed, Cuiden y Enfispo entre 1998 y 2009 Total de 54 artículos	.Es necesario una formación que capacite a las enfermeras y otros profesionales sanitarios para poder ayudar a decidir a las mujeres el tipo de alimentación de sus hijos durante los primeros meses de vida. España no cumple con los objetivos de la OMS.
<b>Brown 2015</b>	Conocer el motivo de la prevalencia de LA sobre LM.	-----	Revisión narrativa.	Búsquedas en las bases de datos Medline, Cochrane y CINAHL entre 2001-2014 Total de 23 artículos	Es necesario promocionar la LM, , para así implantarla como una norma social.
<b>Urquizo R. 2014</b>	Conocer si el parto afecta a la lactancia materna y las necesidades nutricionales de la madre.	-----	Revisión narrativa.	Búsquedas en las Bases de datos Medline, Cuiden y Cochrane entre los años 1989-2008. Total de 14 artículos.	El amamantamiento debe ser apoyado, estimulado y alentado durante el control prenatal. Se le debe explicar a la gestante las ventajas de la LM y prepararla mental y físicamente, igual que a su entorno familiar.

<b>Barclay L, Longman J, Schmied V, Sheehan A, Rolfe M, Burns E, Fenwick J. 2012</b>	Conocer los apoyos con los que cuenta la mujer por parte del profesional a la hora de decidir el tipo de alimentación para su hijo	-----	Revisión narrativa	Revisión entre los años 2002 y 2012. Centrado en Australia. Total de 9 artículos.	El mantenimiento de la LM requiere de seguimiento y apoyo por parte de los profesionales de Enfermería hacia la mujer.
<b>Bonia K, Twells L, Halfyard B, Ludlow V, Newhook LA, Murphy-Goodridge J 2013</b>	Examinar los factores individuales que afectan a las decisiones de las madres que escogen LA.	Tres grupos de madres: 6 mujeres formaban un grupo urbano, 12 de uno rural y una madre de la zona rural En Newfoundland y Labrador, Canada	Investigación Cualitativa	Reuniones de discusión de los dos grupos de forma conjunta. Entrevista semiestructurada al grupo de una mujer.	Entender las razones por las madres optan por la lactancia artificial sobre la lactancia materna puede ayudar al desarrollo de intervenciones de salud pública dirigidas a las madres.
<b>Huang Y, Labiner-Wolfe J, Huang H, Choiniere C, Fein SB</b>	Conocer si la promoción de la formula artificial por parte de los profesionales de salud afecta directamente a la prevalencia de la LM.	1.700 madres en Estados Unidos que escogieron para sus hijos la LA.	Investigación cuantitativa	Se proporciono a las madres alimentación artificial y se las entrevisto la recogida de datos se hizo mediante regresión logística y métodos de análisis longitudinales para evaluar la asociación entre el marketing y la elección de LA.	La influencia del profesional puede producir que la madre cambie el tipo de alimentación artificial de su hijo o hija.
<b>Lakshman R, Ogilvie D, Ong, K. 2009</b>	Conocer los motivos por los que algunas madres se deciden a dar LA a sus bebés.	-----	Revisión narrativa.	Búsqueda en 12 bases de datos electrónicas. Total de 23 estudios.	La información y apoyo inadecuados a las madres que deciden alimentar con LA puede poner la salud de sus bebés en riesgo. Es importante promover la LM, también es necesario asegurarse de que se satisfagan las necesidades de las madres que alimentan con LA.
<b>Trickey H., Newburn. 2014</b>	Conocer la percepción de las madres que dan LA o que tienen problemas con la LM de la actuación de los profesionales de enfermería.	16 madres de Reino Unido con niños menores de tres años y 35 mujeres miembros de la NCT (National Childbirth Trust),	Investigación Cualitativa .	Entrevistas semiestructuradas y reuniones de grupo.	Cambiar el enfoque del apoyo a las madres por parte de los y las profesionales de salud, promover el concepto de creación de grupos de apoyo y seguimiento por parte del profesional durante la LM y el desarrollo de modelos de apoyo a la madre en todos los tipos de alimentación.

