

## Artículo original

# Inicio y continuidad de la lactancia materna en relación con la asistencia a un programa educativo para madres jóvenes

*Beginning and continuity of breastfeeding according to the attendance to a specific intervention for a young mothers*

Anna Payaró<sup>1</sup>, Lucía Zamora<sup>1</sup>, M. Rosa Almirall<sup>2,3</sup>, Mònica Miguel<sup>4</sup>, Alicia Carrascón<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Matrona. <sup>2</sup>Ginecóloga. <sup>3</sup>Coordinadora. <sup>4</sup>Referente de Administración. Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR). Centro de Atención Primaria Numància. Barcelona

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar si las gestantes de hasta 22 años de edad que participaron en el programa Mares Joves (Madres Jóvenes [MJ]) y que recibieron una intervención específica para el fomento de la lactancia materna aumentaron la duración de la lactancia materna y la asistencia al programa de educación prenatal (EPN) y posnatal (EPP) con respecto a las que no participaron, así como la relación entre la duración de la LM, la asistencia a EPN y EPP y otras variables socioeconómicas, demográficas, obstétricas y familiares.

**Metodología:** Estudio cuasi experimental, con grupo de intervención y grupo control, comparando la duración de la lactancia materna (LM) en función de la participación en el programa de MJ (grupo de intervención) o no (grupo control). Otras variables de estudio: edad, nivel socioeconómico, hijos previos, presencia de pareja afectiva en el momento del parto, apoyo familiar y asistencia a EPN y EPP. Análisis estadístico: descriptivo, mediante porcentajes, medias y desviación estándar. Prueba de la t de Student o ANOVA y el test de la ji al cuadrado ( $\chi^2$ ) como estadística bivariable. Paquete estadístico SPSS, versión 16.0.

**Resultados:** Mujeres participantes: 242 (grupo de intervención: 131; grupo control: 111). Las participantes en el programa MJ lactaron más tiempo que las del grupo control y asistieron con más frecuencia a los grupos específicos de madres jóvenes de preparación para el parto. La asistencia a EPN y EPP se asoció a un incremento significativo de la duración de la LM. Las mujeres de América del Sur son las que más tiempo lactaron, y las españolas las que menos. No se encontraron diferencias significativas en función de la edad, el nivel socioeconómico, los hijos previos, la presencia o no de pareja afectiva o el apoyo familiar.

## ABSTRACT

**Aim:** To determine whether pregnant women up to 22 years who participated in the program Young Mothers (YM), receiving a specific intervention for the promotion of breastfeeding (BR), increased the duration of BR and the attendance at prenatal education program (EPN) and postnatal (EPP) in comparison with the non-attendants, and the relationship between duration of BR and assistance to EPN and EPP, and socio-economic, demographic, obstetric and family variables.

**Methodology:** A quasi-experimental study, non-randomized, control group, comparing the length of BR depending on the participation or not in the YM program. Other study variables: age, socioeconomic status, previous children, the presence of affective partner at the time of birth, family support, and assistance to EPN and EPP. Statistical analysis: descriptive, using percentages, means and standard deviation. T Student's test or ANOVA and the  $\chi^2$  and bivariate statistics. SPSS version 16.0.

**Results:** 242 female participants (131 intervention group, control group 111). The program participants YM breastfed longer than the control group and attended more frequently to specific groups of young mothers in preparation for the birth. The EPN and EPP support was associated with a significant increase in the duration of breastfeeding. Latin American women are the longest breastfed and Spanish the least. No significant differences in terms of age, socioeconomic status, previous children, couple or family support affective found.

Fecha de recepción: 26/06/15. Fecha de aceptación: 6/03/16.

Correspondencia: Anna Payaró Llisterrí. Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR). Centro de Atención Primaria (CAP) Numància. Numància, 23, 3.ª pl. 08029 Barcelona.  
Correo electrónico: apayaró.bcn.ics@gencat.cat

Financiación parcial por el Institut Català de la Salut a través de la beca Xbé. Los resultados provisionales de este trabajo fueron presentados en el VII Congreso Nacional de Lactancia Materna (2013), obteniendo el premio a la mejor comunicación oral.

Payaró A, Zamora L, Almirall MR, Miguel M, Carrascón A. Inicio y continuidad de la lactancia materna en relación con la asistencia a un programa educativo para madres jóvenes. *Matronas Prof.* 2016; 17(3): 99-106.

**Conclusiones:** La participación en el programa MJ y la asistencia a los grupos de EPN y EPP específicos para madres jóvenes se asociaron a un incremento de la duración de la LM.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Lactancia materna, embarazo en adolescencia, servicios de salud materna, educación prenatal, educación posnatal.

**Conclusions:** Participation in the YM program and assistance to specific EPN and EPP groups for young mothers, was associated with an increased duration of BR.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Breastfeeding, adolescent pregnancy, maternal health services, prenatal education, postnatal education.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia se define como el embarazo en mujeres de 10 a 19 años de edad, y significa un 11% de todos los embarazos a escala mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el embarazo en la adolescencia es un embarazo de riesgo debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y del feto, además de las secuelas psicosociales. En España sigue siendo un problema de salud pública, tanto por sus consecuencias como por sus tasas mantenidas<sup>1</sup>. En el año 2013, en España 10 de cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años fueron madres<sup>2</sup>. En el mismo año en el Reino Unido lo fueron 26 de cada 1.000, mientras que en Alemania lo fueron 3 de cada 1.000<sup>2</sup>. Concretamente en nuestra área de influencia, los datos de 2011 fueron de 24 embarazos por cada 1.000 mujeres<sup>3</sup>.

Los hijos de madres adolescentes tienen más riesgo de tener un bajo peso al nacer, de ser prematuros y de padecer condiciones de salud severas<sup>4</sup>. Además, tienen un riesgo mayor de mortalidad infantil y menos probabilidad de ser amamantados<sup>5</sup>. Es bien sabido que la OMS recomienda la lactancia materna (LM) exclusiva durante los 6 primeros meses de vida de los bebés como primera opción alimentaria<sup>6</sup>. Además, la LM es especialmente beneficiosa para los bebés prematuros tanto desde los puntos de vista nutricional, gastrointestinal e inmunológico como desde una perspectiva psicológica<sup>7</sup>.

Algunas de las ventajas específicas de la LM en la población adolescente podrían ser la disminución de la necesidad de visitas al pediatra para la resolución de infecciones<sup>8</sup> y el ahorro económico que ello supone, ya que estas gestantes suelen pertenecer a una población con rentas más bajas<sup>9</sup>. La LM también potencia el vínculo y reduce las tasas de depresión puerperal, algo especialmente importante para esta población que, comparada con la de madres de mayor edad, muestra tasas de depresión posparto más altas<sup>10</sup> y mayor riesgo de abuso y de conductas negligentes<sup>11</sup>. Las embarazadas y madres adolescentes tienen menos conocimientos sobre los beneficios que supone la LM tanto para ellas como para sus hijos, comparadas con las mujeres mayores de 20 años<sup>9</sup>. Además, tienen más dificultades para dar el pecho<sup>10</sup>. Aunque las intervenciones para mejorar las tasas de

LM entre las adolescentes son muy escasas en la bibliografía<sup>12</sup>, varios estudios han constatado que la preparación para el parto<sup>9,13,14</sup> y la ayuda en la mejora de las actitudes hacia la LM<sup>15</sup> aumentan la tasa de madres adolescentes que inician la LM y su duración. Además, los grupos de participantes en programas de educación prenatal (EPN) y en programas de educación posnatal (EPP) específicos para jóvenes adolescentes aumentan la continuidad de la LM<sup>16-19</sup>.

Datos de la Generalitat de Catalunya de 2010 muestran que, si bien el inicio de la LM es similar entre las jóvenes menores de 20 años y las de mayor edad (84,2% frente al 81,2%), su continuidad más allá de los 6 meses es bastante inferior entre las jóvenes (33,3% frente al 46,9%)<sup>20</sup>. Este hecho no se constata sólo en Cataluña: se repite en varias publicaciones nacionales e internacionales<sup>21,22</sup>. Por este motivo, uno de los objetivos del programa era mejorar las tasas de LM entre la población joven más allá de los 6 meses, tal como recomienda la OMS<sup>6</sup>.

En el año 2010, se inicia en el centro de atención primaria (CAP) Numància de Barcelona, en el ámbito de la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR), un programa de atención a las mujeres jóvenes embarazadas: Mares Joves (MJ). Uno de los objetivos del programa era prolongar la duración de la LM entre las participantes, y para ello se realizaron una serie de intervenciones específicas. También se pretendía incrementar la asistencia a los grupos EPN y EPP.

## Objetivos

- Determinar si las gestantes de hasta 22 años que participaron en el programa MJ y recibieron una intervención específica para el fomento de la lactancia materna (grupo de intervención) aumentaron la duración de la LM y la asistencia a los programas de educación prenatal y posnatal, comparadas con aquellas que no participaron en este programa y fueron atendidas en la misma área de influencia (grupo control).
- Estudiar si las siguientes variables, independientemente de la asistencia al programa, mejoraron la duración de la LM: edad, procedencia, nivel socioeconómico, presencia de pareja afectiva, apoyo familiar, tener hijos previos y asistencia al programa de EPN y EPP.

## PERSONAS, MATERIAL Y MÉTODO

### Emplazamiento y duración del estudio

El lugar en el que se llevó a cabo el estudio fue el CAP Numància, en el ámbito de la ASSIR del área de cobertura del Eixample Esquerra de Barcelona, entre abril de 2010 y mayo de 2015.

### Diseño

Estudio cuasi experimental, con grupo control, que compara la duración de la LM en función de la participación o no en el programa MJ.

### Población de estudio

Mujeres de hasta 22 años que recibieron atención por su embarazo en el centro sanitario del estudio durante el periodo comprendido entre abril de 2010 y octubre de 2014, que pudieron ser evaluadas en mayo de 2015, tras 6 meses de LM.

- *Grupo de intervención.* Mujeres de hasta 22 años que fueron madres durante el periodo de estudio y que participaron en el programa MJ y pudieron ser entrevistadas pasados 6 meses del parto.
- *Grupo control.* Mujeres de hasta 22 años que fueron madres durante el periodo de estudio, con seguimiento del embarazo convencional dentro de la misma área geográfica que el grupo de intervención y sin participar en el programa MJ, y que pudieron ser localizadas y entrevistadas pasados 6 meses del parto.
- *Criterios de inclusión.* Embarazadas de hasta 22 años, atendidas en el área de cobertura del Eixample Esquerra de Barcelona, que accedieron a ser entrevistadas y con suficiente nivel de comunicación verbal.
- *Criterios de exclusión.* Barrera idiomática y la imposibilidad de localización a los 6 meses posparto.

### Cálculo de la muestra

Aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral, se precisan 97 gestantes en el primer grupo y 97 en el segundo para detectar como estadísticamente significativa la diferencia entre dos proporciones, que para el grupo 1 se espera que sea de 0,6 y para el grupo 2 de 0,4. No se previeron pérdidas, puesto que las mujeres que no se localizaran pasados 6 meses del parto no se incluyeron en el estudio.

### Asignación de las mujeres a los grupos

Todas las mujeres de hasta 22 años, embarazadas o con hijos menores de 1 año, atendidas en cualquiera de los centros de ASSIR del área de cobertura del Eixample Esquerra de Barcelona (CAP Numància, CAP Manso, CAP Las Hortes, CAP Adrià, CAP Carles Ribas), pudieron elegir entre el seguimiento del embarazo con-

vencional en su CAP, como todas las mujeres de más de 22 años, o el seguimiento del embarazo dentro del programa MJ, en cuyo caso debían desplazarse hasta el CAP Numància.

### Descripción de la intervención

El programa MJ es una intervención multidisciplinar de atención a mujeres embarazadas menores de 22 años de edad en el momento del diagnóstico del embarazo. Se decidió no establecer un criterio estricto a la hora de incluir sólo a mujeres menores de 20 años en el programa MJ (siguiendo la definición de embarazo adolescente), y se aceptó ampliar la edad hasta los 22 años si la gestante prefería entrar en el programa MJ, para ofrecer cobertura a un mayor número de madres jóvenes.

El programa MJ ha sido desarrollado por dos matronas del ASSIR del área de cobertura del Eixample Esquerra de Barcelona ubicadas en el CAP Numància, que atendieron a las usuarias durante el embarazo y puerperio. Formar parte del programa implicó la realización de seguimiento del embarazo en la consulta cada 3 semanas, la atención telemática vía Facebook (MJ Numància) y Whatsapp, una o dos visitas en el hospital y/o en el domicilio después del parto, la posibilidad de asistencia a grupos de periodicidad semanal de EPN y de EPP específicos para jóvenes, y la atención psicológica y conexión con otros recursos de ayuda a adolescentes si lo precisaban. De las dos matronas, una ofreció atención durante el embarazo, en el grupo de preparación al nacimiento y en la visita en el hospital y en el domicilio, y la segunda atendió al grupo de apoyo en el posparto. Ambas ofrecieron atención telemática. (Las actividades que se llevaron a cabo para favorecer la LM entre las usuarias del programa MJ se indican en la tabla 1.)

Las mujeres que no participaron en el programa fueron visitadas durante el embarazo cada 6 semanas por la matrona de su CAP, no accedieron a la atención telemática, podían recibir una o ninguna visita en el domicilio, y podían asistir a grupos de preparación para el parto y el posparto no específicos para jóvenes.

Se consideró para el grupo de intervención sólo a aquellas mujeres que realizaron por lo menos dos de las cuatro actividades dentro del programa MJ:

- Cinco visitas de embarazo con las matronas del programa MJ.
- Visita posparto en el domicilio y/o en el hospital con las matronas del programa MJ.
- Asistencia a más de 4 sesiones de EPN específica del programa MJ.
- Asistencia a más de 4 sesiones de EPP específica del programa MJ.

**Tabla 1. Intervenciones del programa Madres Jóvenes dirigidas a mejorar el inicio y la duración de la lactancia materna**

**Durante las visitas individuales a la consulta del programa MJ de control del embarazo**

- Tercera visita del embarazo: preguntar la opinión de la madre con respecto a la intención de cómo alimentar al bebé. Exponer los beneficios de la LM
- Entrega de información escrita sobre la LM<sup>23</sup>
- Quinta visita: si desea LM, reforzar; si desea lactancia artificial, analizar los motivos y clarificar dudas
- Última visita: reforzar la voluntad de LM y, en caso de que la gestante aún presente dudas, reforzar los beneficios de la LM

**Durante la realización del programa de preparación al nacimiento**

- Lluvia de ideas sobre la LM
- Trabajo en grupo sobre los beneficios de la LM para la madre y el bebé
- Detectar falsas creencias sobre la LM
- *Role-playing* de situaciones simuladas
- Compartir experiencias de madres jóvenes de grupos anteriores que ya están amamantando
- Trabajo de las habilidades prácticas con muñecos y otros materiales (cojín, sacaleches, etc.)

**Durante la visita al domicilio en el posparto**

- Valorar la actitud y la motivación y resolver dudas
- Valorar el apoyo del entorno, los conocimientos, las habilidades y los problemas con la observación de una toma y corregir la postura en caso de que no sea correcta
- Refuerzo positivo
- Conexión con el grupo de apoyo del posparto y recursos de ayuda

**Durante la realización del programa de posparto**

- Valorar el tipo de lactancia. Motivación y actitudes, conocimientos, habilidades y problemas
  - Si es LM, reforzar la decisión y apoyo activo
  - Si es mixta, ofrecer recursos para llegar a LM exclusiva
- Taller de LM ofrecido por las madres jóvenes que dan LM exclusiva de grupos anteriores
  - Observación de tomas
  - Corrección de posición
  - Adiestrar en nuevas posiciones para dar el pecho
- Visionado del DVD «Preparación al nacimiento de la Generalitat de Catalunya: alimentación del bebé»<sup>24</sup>
- Apoyo y valoración en cada sesión: dudas/problemática
- Resolución de dudas al instante vía Whatsapp o Facebook durante la semana

LM: lactancia materna; MJ: programa Madres Jóvenes.

**VARIABLES DE ESTUDIO**

**Dependientes**

- LM en semanas. Autorreferida. Se estratificó en tres grupos: inferior a 6 semanas, hasta 6 meses, e igual o superior a 6 meses.

**Independientes**

- Pertenencia al grupo de intervención o control.
- Edad en años en el momento de inclusión.

- País de procedencia. Se agrupó en las siguientes categorías: España, América del Sur, Marruecos, China y Europa del Este.
- Nivel socioeconómico, según la autopercepción de la usuaria, con las siguientes categorías: alto, medio, bajo, muy bajo.
- Apoyo familiar, según la autopercepción de la usuaria. Variable dicotómica: sí/no.
- Presencia de pareja afectiva en el momento del parto (referida por la usuaria). Variable dicotómica: sí/no.
- Hijos previos. Número. Variable dicotómica: sí/no.
- Asistencia a más de 4 sesiones de los grupos de EPN.
- Asistencia a más de 4 sesiones de los grupos de EPP.

**Recogida de datos**

Entrevista presencial, telefónica o por correo electrónico a todas las mujeres que cumplían los criterios de inclusión, por parte de las dos matronas del programa MJ. Seguimiento: como mínimo 6 meses después del parto.

**Análisis de los datos**

Estadística descriptiva, mediante porcentajes e intervalos de confianza (IC) del 95%, medias y desviación estándar (DE). Se utilizó la prueba de la t de Student o ANOVA y el test de la ji al cuadrado ( $\chi^2$ ) como estadística bivariada, o su correspondiente test no paramétrico si se requería. Se realizó la comparación de la proporción de mujeres que dieron LM de 0 a 6 semanas, más allá de las 6 semanas y más allá de los 6 meses según asistencia o no al programa MJ. Se analizó la duración de la LM con respecto a sus características sociodemográficas, la presencia de pareja afectiva en el momento del parto y la buena relación familiar, y también se llevó a cabo un análisis de la duración de la LM en función de la asistencia o no a los grupos de preparación al parto y al posparto.

Todos los contrastes de hipótesis son bilaterales. Se consideraron significativos los valores de  $p < 0,05$ . Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 16.0.

Se solicitó consentimiento informado oral a las participantes en el momento de entrar en el programa MJ para poder usar sus datos con fines de investigación de forma anónima. Se las informó de la posibilidad de rechazar su participación en el estudio, sin que ello afectara a la asistencia que se les ofrecía, y se solicitó consentimiento oral a las participantes del grupo control. La información fue recogida por las profesionales que atendieron a las usuarias. No se informatizó ningún dato identificativo, respetando la confidencialidad (Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999). El proyecto obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del IDIAP Jordi Gol, y respeta los requisitos éticos de confidencialidad y de buena práctica clínica vigentes.

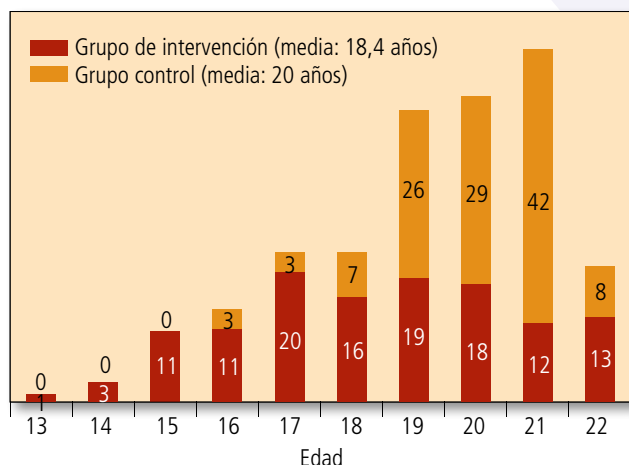


Figura 1. Grupo de intervención/grupo control

## RESULTADOS

### Grupo de intervención

El número total de mujeres que participaron en el programa MJ fue de 131. Edad media de 18,4 años (13-22 años). De éstas, 83 procedían de América del Sur (63,4%), 33 de España (25,2%), 7 de Marruecos (5,3%), 5 de Europa del Este (3,8%) y 3 de China (2,3%). Hubo 21 mujeres con un nivel socioeconómico autorreferido como muy bajo (16%), 66 bajo (50,4%), 42 medio (32,1%) y las 2 restantes como alto (1,5%). Refirieron tener pareja en el momento del parto 98 mujeres (74,8%) y 105 buena relación con sus padres (80,2%). De todas ellas, 126 (96,2%) fueron primíparas, y las 5 restantes secundíparas (3,8%).

### Grupo control

En total, formaron parte del grupo control 111 mujeres (figura 1). Media de edad 20 años (16-22 años). 39 eran españolas (35,1%), 33 eran de América del Sur (29,7%), 32 de China (28,8%) y 7 de Marruecos (6,3%). Del total de mujeres, 19 tenían un nivel socioeconómico autorreferido como muy bajo (17,1%), 38 bajo (34,2%), 52 medio (46,8%) y las 2 restantes alto (1,8%). Refirieron tener pareja en el momento del parto 96 mujeres (86,5%) y 95 buena relación con sus padres (85,6%). Cien de ellas (90,1%) eran primíparas y las 11 restantes secundíparas (figura 2).

La asistencia a los grupos de EPN y EPP fue significativamente superior en las mujeres del grupo de intervención (62% frente al 14% y 49% frente al 4%, respectivamente;  $p < 0,001$  en ambos casos).

La duración de la LM más allá de los 6 meses fue significativamente superior entre las mujeres del grupo de intervención (64,9% frente al 43,2%;  $p = 0,002$ ) (figura 3). La duración de la LM inferior a las 6 semanas fue inferior en las mujeres del grupo de intervención (figura 3).

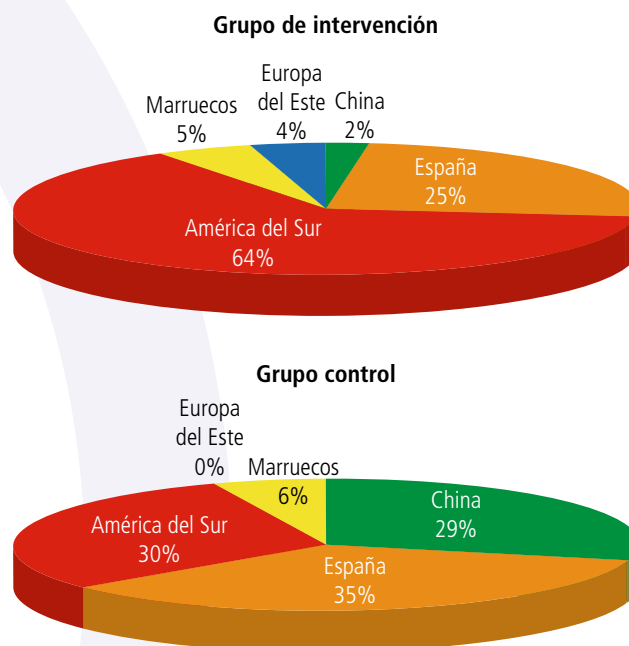
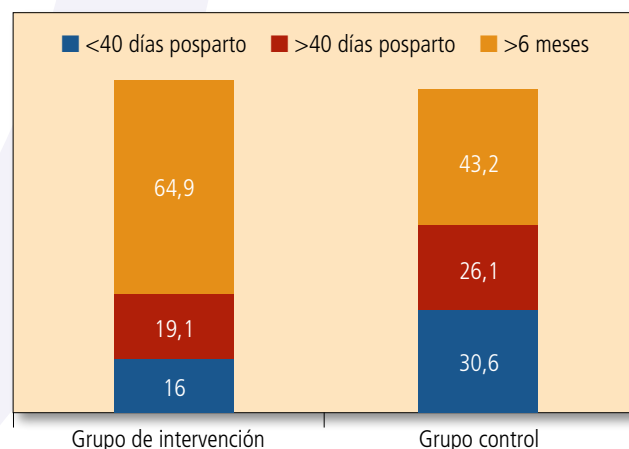


Figura 2. País de nacimiento

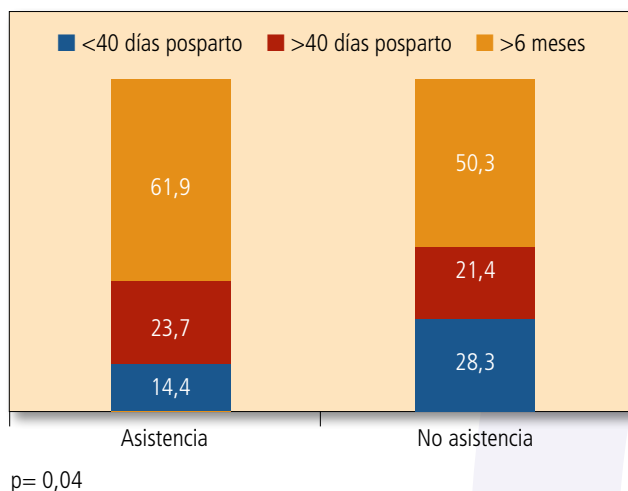


$p = 0,002$

Figura 3. Lactancia materna. Grupo de intervención-grupo control

La LM superior a los 6 meses según la edad de la mujer e independientemente de la asistencia al programa MJ fue del 73,3% entre las de 13-15 años (15 mujeres, todas pertenecían al grupo de intervención), del 49,5% entre las de 16-19 (105 mujeres) y del 57,3% entre las de 20-22 (122 mujeres).

Según el país de nacimiento, e independientemente de la asistencia al programa MJ, las mujeres de América del Sur fueron las que más tiempo mantuvieron la LM (73,3% superior a los 6 meses), seguidas de las marroquíes (61,5%), las del este de Europa (60%) y las de origen chino (51,4%). De las españolas, sólo el 25% la mantenían a los 6 meses.



**Figura 4.** Lactancia materna según la asistencia o no al programa de preparación al nacimiento

En función del nivel socioeconómico autorreferido, e independientemente de la asistencia al programa de MJ, la LM superior a 6 meses fue del 33% en las de nivel alto, del 59,6% en las de nivel medio, del 52,9% en las de nivel bajo y del 50% en las de nivel muy bajo.

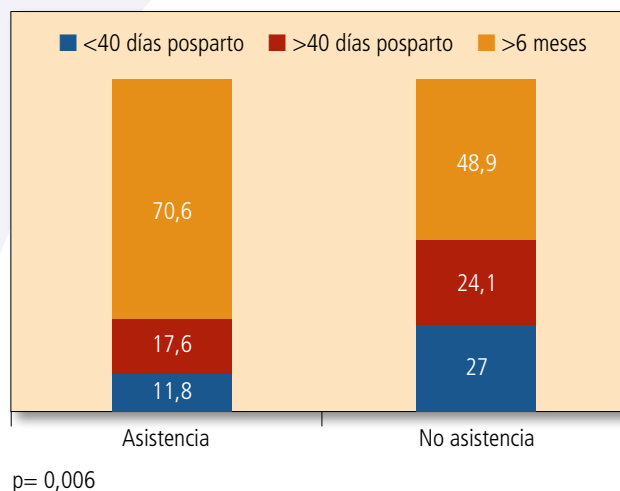
Según la presencia de pareja en el momento del parto, e independientemente de la asistencia al programa MJ, la LM superior a los 6 meses fue del 54,2% entre las que no tenían pareja y del 55,2% entre las que sí. En función del apoyo familiar, los porcentajes fueron del 59,5% entre las que sí tenían apoyo y del 54% entre las que no, y según tuvieran hijos previos, un 54,9% entre las primíparas y un 56,3% entre las secundíparas.

La LM pasados los 6 meses, según la asistencia a los grupos de preparación al nacimiento, independientemente del programa, fue significativamente superior entre aquellas mujeres que habían asistido (61,9% frente al 50,3%; p= 0,04), igual que entre las asistentes a los grupos de apoyo al posparto (70,6% frente al 48,9%; p= 0,006) (figuras 4 y 5).

## DISCUSIÓN

Desde su creación en abril de 2010 hasta la actualidad, el programa MJ ha sido muy satisfactorio, tanto para las usuarias como para las matronas responsables. Es importante llevar a cabo enfoques únicamente diseñados para tratar a madres jóvenes, ya que su transición hacia la maternidad es a menudo diferente de la que experimentan las mujeres de mayor edad<sup>25</sup>. La matrona se convierte en un referente para las gestantes jóvenes, lo que es especialmente importante si se tiene en cuenta que a este grupo de madres jóvenes a menudo le falta esta figura<sup>11</sup>.

También tienen especial relevancia las relaciones que se establecen entre el grupo de iguales. Una maternidad



**Figura 5.** Lactancia materna según la asistencia o no al programa de apoyo al posparto

en la adolescencia a menudo sitúa a estas mujeres en una posición de vulnerabilidad y aislamiento social<sup>11</sup>. A estas madres el hecho de poder reunirse semanalmente con otras mujeres jóvenes que se encuentran en la misma situación las ayuda a aceptar mejor el embarazo y a sentirse menos solas. Es muy frecuente que en los grupos se creen amistades que perduran después de la finalización del programa.

En Inglaterra existen experiencias sobre programas de salud dirigidos a madres jóvenes<sup>26</sup>, pero no hemos encontrado ninguna referencia a escala estatal.

Desde la creación del programa MJ hasta octubre de 2014, más de 350 mujeres han participado en alguna ocasión en las actividades del programa. Sin embargo, para llevar a cabo este estudio sólo se ha contado con las que habían mantenido una relación constante con MJ y que fue posible localizar a los 6 meses del parto, motivo por el cual no hubo pérdidas en el estudio.

La media de edad de las participantes fue inferior en el grupo de intervención. Es posible que esto se deba a que, cuando son muy jóvenes, de hasta 18 años, los profesionales de la atención a la salud sexual y reproductiva muestren una mayor tendencia a ofrecerles la participación en el programa.

Esta diferencia de edad podría considerarse una limitación del estudio, pero teniendo en cuenta que las mujeres más jóvenes tienen tasas inferiores de LM<sup>12,20-22</sup>, este resultado (que las gestantes del grupo de intervención sean más jóvenes) puede considerarse un dato asociado al beneficio de la intervención.

En el grupo control hubo un menor número de mujeres de América del Sur y un mayor número de procedencia china, lo que puede ser debido a que las participantes de origen chino tal vez no tuvieran un adecuado conocimiento de la lengua, motivo por el que no fueron derivadas o

no quisieron participar. El número de españolas fue algo menor en el grupo de intervención, y el número de europeas o africanas no es suficientemente elevado como para ser considerado. Algunos estudios indican que la población china tiene tasas de LM muy bajas<sup>27</sup>, lo que podría suponer una limitación del estudio. Sin embargo, en la población de origen chino estudiada la LM superior a los 6 meses supera la media de LM del grupo control.

En relación con las variables «apoyo familiar», «presencia de pareja afectiva» e «hijos previos», ambos grupos presentaron características muy similares.

La asistencia a los grupos de preparación al parto y a los grupos de posparto fue significativamente superior entre las que participaron en el programa MJ, como ya se ha descrito en la bibliografía<sup>25</sup>. Ello pudo deberse al hecho de que supieran que formarían parte de un grupo de jóvenes de su edad, a que ya conocieran previamente a la matrona que conducía el programa grupal y a que, si lo deseaban, el primer día la matrona les ofrecía acompañarlas hasta la sala donde se realizaban las sesiones del programa. Algunos estudios han constatado que las gestantes adolescentes, especialmente si no tienen pareja, manifiestan vergüenza y rechazo a asistir a grupos donde la mayoría de mujeres son de mayor edad<sup>25</sup>. En cambio, en los grupos específicos de madres jóvenes, además de aumentar la asistencia, asciende también la satisfacción, el acompañamiento, el incremento de la escolarización y el acceso al trabajo<sup>25</sup>.

En ausencia de programas similares al de MJ, es necesario que profesionales como las matronas hagan un acompañamiento a las mujeres jóvenes para ayudarlas a superar las barreras que les impiden asistir a los grupos de preparación del parto y posparto convencionales, que a pesar de no ser tan ventajosos como los específicos también pueden aportarles beneficios<sup>28</sup>. Distintos estudios<sup>29,30</sup> han demostrado con sus resultados que la asistencia a los grupos de preparación al parto y el apoyo posparto (sean específicos para madres jóvenes o no) mejora significativamente la duración de la LM. La asistencia al programa MJ permite a las usuarias una relación muy estrecha con el servicio de salud, y en todos estos ámbitos se promueve y se ofrece apoyo a la LM (tabla 1). El abandono de la LM antes de los 40 días es casi el doble en el grupo control. Estos resultados coinciden con los de otros estudios, en los que se confirma que los programas diseñados especialmente para población adolescente<sup>15</sup> (con la información de los beneficios de la LM) consiguen mejorar las tasas. Dado que la LM es reconocida como la forma de alimentación más saludable para el bebé, no hay duda de que es conveniente tanto la continuidad de este programa como la promoción de servicios similares en otros centros.

En el presente estudio, las madres más jóvenes mantuvieron por más tiempo la LM, algo que no se corresponde con los resultados de la literatura científica: la mayoría de los estudios constatan que, cuanto más joven es la madre, menor es la duración de la lactancia materna<sup>20-22</sup>. Teniendo en cuenta que las mujeres de 13 a 15 años de este estudio procedían del grupo de intervención, y que por tanto recibieron un apoyo más continuado y exhaustivo por parte de las matronas del programa, el incremento observado en la duración de la LM era de esperar.

Es importante, pues, favorecer el apoyo a la LM entre las mujeres más jóvenes. En las otras franjas de edad, donde hay mujeres de ambos grupos, la mayor duración de la LM se encuentra entre las mujeres de más edad. Por tanto, sería recomendable reforzar intervenciones sanitarias entre las adolescentes de 16 a 19 años.

Los resultados de este estudio en relación con la duración de la LM y el nivel socioeconómico (excepto en las mujeres que consideran que tienen un nivel alto) demuestran que, cuanto más bajo es el nivel socioeconómico, menor es la LM, un dato que concuerda con los de otros estudios<sup>31</sup>.

Consideramos que la discordancia con las de alto nivel no es valorable, ya que son resultados que provienen de una muestra muy pequeña. Así pues, es realmente importante hacer esfuerzos para promover la LM entre los grupos más desfavorecidos para disminuir esta tendencia, sobre todo por el efecto protector de la salud que tiene para los recién nacidos especialmente vulnerables, y por los beneficios económicos y sociales que tiene para las madres (disminución del gasto económico<sup>8</sup>, de las visitas al pediatra<sup>9</sup>, de la depresión posparto<sup>10</sup> y del abuso infantil<sup>11</sup>).

En cuanto a la presencia de apoyo familiar y de la pareja, del que se podría explicar un aumento de la incidencia y prevalencia de LM entre aquellas mujeres que lo tenían, los resultados indicaron que ambos factores estaban asociados sólo a un leve aumento, pero sin significación estadística.

## CONCLUSIONES

La participación en el programa MJ y la asistencia a los grupos de EPN y EPP específicos para madres jóvenes se asociaron a un incremento de la duración de la LM.

Son necesarios más estudios para valorar la influencia de otras variables en la duración de la LM.

Esta innovadora experiencia podría aplicarse en diferentes servicios de atención a la salud sexual y reproductiva del resto del país, y sería recomendable que los programas se implementaran en los diferentes centros

de salud, para facilitar el acceso de las madres adolescentes y sus familias al programa, independientemente de su zona de residencia.

Dados los resultados de este estudio, sería recomendable la promoción de la LM entre las mujeres autóctonas, y conocer sus motivaciones para no continuar con la LM. Podría proponerse la realización de talleres donde las madres más expertas en LM diesen consejos y ayudas a las jóvenes embarazadas y madres noveles. Dar a conocer los resultados de este estudio permite divulgar el desarrollo y los beneficios de un programa dirigido a madres jóvenes en España.

## BIBLIOGRAFÍA

- Colomer Revuelta J, Grupo Prevnfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013; (15): 261-9.
- The World Bank-Data. The World Bank 2015. Último acceso: 7/9/2015. Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19). Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT>
- Pérez G, Borrell C. Salut reproductiva a la ciutat de Barcelona. Monografía en internet. Consorci Sanitari de Barcelona, Agència de Salut Pública, 2011. Último acceso: 30/6/2015. Disponible en: [http://www.aspb.cat/quefem/docs/Natalitat\\_2011\\_ASPB.pdf](http://www.aspb.cat/quefem/docs/Natalitat_2011_ASPB.pdf)
- Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multi-country study. *Br J Gynaecol Obstet*. 2014; 12(Suppl 1): 40-8.
- Botting B, Rosato M, Wood R. Teenage mothers and the health of their children. *Popul Trends*. 1998; 93: 19-28.
- Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Lactancia materna, 2015. Último acceso: 11/09/2015. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- Callen J, Pinelli JA. Review of the literature examining the benefits and challenges, incidence, duration and barriers to breastfeeding in preterm infants. *Adv Neonatal Care*. 2005; 5(2): 72-88.
- Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*. 2010; 125(5): e1048-56.
- Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; (2): CD001688.
- Clare CA, Yeh J. Postpartum depression in special populations: a review. *Obstet Gynecol Surv*. 2012; 67(5): 313-23.
- Brown J, Cohen P, Johnson J, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-recorded child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 1998; 22(11): 1.065-78.
- Sipsma HL, Jones KL, Cole-Lewis H. Breastfeeding among adolescent mothers: a systematic review of interventions from high-income countries. *J Hum Lact*. 2015; 31(2): 221-9.
- Volpe EM, Bear M. Enhancing breastfeeding initiation in adolescent mothers through the Breastfeeding Educated and Supported Teen (BEST) Club. *J Hum Lact*. 2000; 16(3): 196-200.
- Wiemann CM, DuBois JC, Berenson AB. Strategies to promote breast-feeding among adolescent mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998; 152(9): 862-9.
- Maehr JC, Lizarraga JL, Wingard DL, Felice ME. A comparative study of adolescent and adult mothers who intend to breastfeed. *J Adolesc Health*. 1993; 14(6): 453-7.
- Nesbitt SA, Campbell KA, Jack SM, Robinson H, Piehl K, Bogdan JC. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012; 12: 149.
- Sipsma HL, Magriples U, Divney A, Gordon D, Gabzdyl E, Kershaw T. Breastfeeding behavior among adolescents: initiation, duration, and exclusivity. *J Adolesc Health*. 2013; 53(3): 394-400.
- Monteiro JC, Dias FA, Stefanello J, Reis MC, Nakano AM, Gomes-Sponholz FA. Breast feeding among Brazilian adolescents: practice and needs. *Midwifery*. 2014; 30(3): 359-63.
- Wambach KA, Aaronson L, Breedlove G, Domian EW, Rojjanasirath W, Yeh HW. A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *West J Nurs Res*. 2011; 33(4): 486-505.
- Generalitat de Catalunya. La lactància materna a Catalunya. Resultats de l'enquesta 2010 i intervencions principals. Monografia en internet, 2010. Departament de Salut de Catalunya. Último acceso: 15/6/2015. Disponible en: [http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/docs/2011/08/02/17/27/43cbe006-f64b-4834-9e0c-36f6a0c74900.pdf](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2011/08/02/17/27/43cbe006-f64b-4834-9e0c-36f6a0c74900.pdf)
- Portalesmedicos.com. Guantánamo. Último acceso: 15/05/2015. Diaz Campos A, Diaz Ortiz A. Comportamiento de la lactancia materna en madres de lactantes. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2664/1/Comportamiento-de-la-lactancia-materna-en-madres-de-lactantes.html>
- HSCIC Health & Social Care Information Centre. RU 2010. Último acceso: 20/05/2015. Infant feeding survey-UK 2010. Disponible en: <http://www.hscic.gov.uk/article/2021/Website-Search?productid=9569&q=infant+feeding+survey&sort=Relevance&size=10&page=1&area=both#top>
- Atenció primària basada en l'evidència. Catalunya. Institut Català de la Salut. Último acceso: 10/07/2015. Lactància materna. Disponible en: <http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=GuiaPage&idGuia=229>
- Direcció General de Salut Pública. Generalitat de Catalunya. Educació maternal: preparació per al naixement (CD-ROM), 1.ª ed. Barcelona: Departament de Salut de Catalunya, 2009.
- Kennedy M. Teens and breastfeeding. *Int J Childbirth Educ*. 2000; 15: 20-3.
- The health well. Croydon Primary Care Trust, 2006. Último acceso: 11/12/2014. Qualitative evaluation study of teenage antenatal classes and an evaluation review of teenage parent support groups provided in Croydon. Disponible en: <http://www.thehealthwell.info/node/24908>
- Zhang K, Tang L, Wang H, Qiu L, Binns CW, Lee AH. Why do mothers of young infants choose to formula feed in China? Perceptions of mothers and hospital staff. *Int J Environ Res Public Health*. 2015; 12(5): 4.520-32.
- Pitts A, Faucher MA, Spencer R. Incorporating breastfeeding education into prenatal care. *Breastfeed Med*. 2015; 10(2): 118-23.
- Dias de Oliveira L, Justo Giugliani ER, Córdova do Espírito Santo L, Meirelles Nunes. Counselling sessions increased duration of exclusive breastfeeding: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *L Nutr J*. 2014; 13: 73.
- Quinlivan JA, Evans SF. Teenage clinics may reduce the rate of pre-term birth: a prospective study. *BJOG*. 2004; 111(6): 571-8.
- Petry R. Breastfeeding and Socioeconomic Status. An analysis of breastfeeding rates among low-SES mothers. Washington and Lee University: Poverty and Human Capability Studies Capstone, 2013. [consultado el 15 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://shepherdconsortium.org/wp-content/uploads/2013/04/Petry.2013.POV-423-Capstone.pdf>