

Factores condicionantes de la lactancia materna en tiempos de COVID-19

Claudia Sánchez-Sales¹, Paula Sánchez-Thevenet², Beatriz Lores-Gómez³, Blas Javier Orenga-Orenga⁴, Isabel Almodóvar-Fernández⁵, Pasqual Gregori-Roig⁶.

¹Graduada en Medicina. Grupo de Investigación en Resultados de Salud (GIRS). Universidad Cardenal Herrera-CEU, CEU Universities. Castellón (España)

²Doctora por la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. GIRS. Departamento de Medicina y Cirugía. Universidad Cardenal Herrera-CEU, CEU Universities. Castellón (España)

³Doctora por la Universidad Cardenal Herrera-CEU. Departamento de Pedagogía y Didáctica de las Ciencias Sociales, la Lengua y la Literatura. Universitat Jaume I. Castellón (España)

⁴Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitari de La Plana. Vila-real, Castellón (España). Estudiante de doctorado en Facultad de Enfermería y Podología. Universitat de València. Valencia, (España)

⁵Doctora por la Universidad Cardenal Herrera-CEU. Unitat predepartamental d'Infermeria. Universitat Jaume I. Castellón (España)

⁶Doctor por la Universitat de València. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari de La Plana. Vila-real, Castellón (España). GIRS. Departamento de Medicina y Cirugía. Universidad Cardenal Herrera-CEU, CEU Universities. Castellón (España)

Fecha de recepción: 4 de mayo de 2023. Aceptada su publicación: 19 de septiembre de 2023.

Resumen

Objetivo: identificar los condicionantes del establecimiento y duración de la lactancia materna (LM) durante la COVID-19 desde la perspectiva de las matronas de la provincia de Castellón (España).

Métodos: estudio cualitativo realizado en 2021 mediante la realización de cuatro grupos focales (GF) con matronas de la provincia de Castellón. La recolección de la información se hizo mediante videoconferencias con grabación de voz, que fueron transcritas para posterior análisis del discurso con el programa ATLAS.ti.

Resultados: las matronas identificaron como facilitadores de la LM, la puesta en valor de la LM ante las madres y el fomento de la accesibilidad a recursos para solucionar situaciones problemáticas, entre otros. Como barreras refirieron ideas maternas sobre alimentación con fórmulas artificiales construidas desde su biografía, consideración social sesgada sobre el amamantamiento, falta de protocolos para extracción de calostro y déficit en la calidad de información en las redes sociales, principalmente. Reconocen que la pandemia COVID-19 produjo impactos positivos y negativos en la LM. Surgieron medidas para optimizar la promoción de la LM como aumentar la ratio matronas/madres gestantes, asistencia domiciliaria a las 24 h del alta, unificación de protocolos intercentros, ampliación a seis meses el tiempo de incorporación al trabajo y adaptación de la promoción de la LM en redes sociales.

Conclusiones: se reportaron condicionantes de la lactancia emergentes del escenario sociosanitario español que sirven de base para diseñar acciones específicas de promoción. Los impactos de la pandemia COVID-19 sobre la LM deben considerarse en situaciones de confinamiento prolongado de la madre.

Palabras clave

Lactancia materna; leche materna; matrona; COVID-19.

Abstract

Conditioning factors for breastfeeding in times of COVID-19

Objective: to identify the conditioning factors for implementation and duration of breastfeeding during COVID-19 from the perspective of midwives from the Castellón province (Spain).

Methods: a qualitative study conducted in 2021 through four focus groups (FGs) with midwives from the Castellón province. Data collection was carried out via videoconferences with audio recording, which were transcribed for subsequent discourse analysis with the Atlas Ti program.

Results: the enablers for breastfeeding identified by midwives were the promotion of breastfeeding for mothers and the development of access to resources to solve troublesome situations, among others. They reported as barriers the maternal beliefs regarding feeding with artificial formulas based on their biography, a biased social consideration on breastfeeding, lack of protocols for colostrum extraction, and deficient quality of information in social networks, mostly. They acknowledged that the COVID-19 pandemic had positive and negative impacts on breastfeeding. Some measures came up to optimize breastfeeding promotion, such as an increase in the midwife/pregnant mother ratio, home care 24 hours after discharge, unification of protocols among centres, extending to six months the time for incorporation to work, and adaptation of breastfeeding promotion in social networks.

Conclusions: conditioning factors for breastfeeding were reported, originating in the Spanish sociosanitary scenario, which are useful as the basis for designing specific promotion actions. The impact of the COVID-19 pandemic on breastfeeding must be considered in situations of prolonged lockout of mothers.

Keywords

Determinants; breast feeding; midwifery; COVID-19.

Autora de correspondencia:

Paula Sánchez Thevenet. Grupo de Investigación en Resultados de Salud (GIRS). Universidad Cardenal Herrera-CEU. C/ Grecia, 31.1.2006 Castellón (España). Email: paula.sanchez@uchceu.es

Cómo citar este artículo:

Sánchez-Sales C, Sánchez-Thevenet P, Lores-Gómez B, Orenga-Orenga BJ, Almodóvar-Fernández I, Gregori-Roig P. Factores condicionantes de la lactancia materna en tiempos de COVID-19. *Metas Enferm nov* 2023; 26(9):7-17. Doi: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2023.26.1003082173>

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y, al menos hasta los 2 años, complementarla con otros alimentos, considerándola fundamental para la supervivencia del recién nacido y su salud durante la etapa infantil (1). En España, las autoridades sanitarias y las sociedades científicas así lo constatan (2).

El inicio precoz de la lactancia materna (LM) promueve la colonización del intestino del neonato por bacterias maternas y ayuda a regular su sistema inmune (3). En el lactante, la LM funciona como una primera inmunización frente a infecciones respiratorias y gastrointestinales (4). Posteriormente, se evidencia la reducción significativa del riesgo de padecer enfermedades tales como la leucemia linfocítica aguda, la otitis media aguda, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa (5-7). Además, el efecto epigenético de componentes de la leche materna como la lactoferrina, prostaglandinas y ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (n-3), modifica la expresión de determinados genes, contrarrestando la predisposición de padecer diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y obesidad (8). Respecto a los aspectos psicoemocionales y cognitivos, la LM está relacionada con el establecimiento de un vínculo materno-filial más saludable, mejor salud emocional y calidad del descanso nocturno de los progenitores, así como un mejor desempeño en los test de inteligencia y cognición del lactante (3,9,10). En la madre, la LM reduce el riesgo de cáncer de mama y ovárico premenopáusico, de hipertensión, de DM2 y de infarto de miocardio (11). Cuando se mantiene la LM de forma exclusiva durante un mínimo de seis meses, todos estos beneficios se potencian (12).

Los factores que influyen en la instauración y duración de la LM operan desde el ámbito individual, el ámbito asistencial y el comunitario. En el plano individual se agrupan factores propios del binomio madre-recién nacido, como características del entorno materno cercano, condiciones físicas y fisiológicas maternas y del neonato, e historia familiar previa relativa a la LM (13). En el ámbito asistencial se encuentran la accesibilidad al sistema sanitario, la atención al parto, el consejo profesional y el apoyo programado a las madres (14). En el comunitario, se incluyen las circunstancias socioeconómicas y políticas del contexto de la LM (15-17).

El convenio entre el Ministerio de Sanidad español y la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Naci-

miento y la Lactancia (iHAN) del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) tienen por objeto promover la salud y el bienestar de los recién nacidos y las madres mediante la protección, la promoción y el apoyo a la lactación. Concretamente, sus acciones se centran en sensibilizar a la población, formar y asesorar a los profesionales sanitarios y realizar seguimientos y evaluaciones en los centros sanitarios con el fin de aumentar el número de madres que amamanten a sus hijos. Según la iHAN, España tiene una tasa del 39% de LM exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño/a, mientras que la OMS recomienda el 50% (18).

Durante la pandemia por COVID-19, la asistencia al nacimiento y la lactancia se vio afectada y puso en evidencia la importancia del ámbito asistencial como facilitador de la instauración de la LM (19). Teniendo en cuenta el papel relevante de las matronas en el sistema sanitario público español (20), que actúan como promotoras, educadoras formales y facilitadoras del proceso de LM, se planteó la necesidad de conocer las barreras y los facilitadores de la LM que las matronas identificaron durante la pandemia por COVID-19. Las matronas que ejercen en el ámbito de la Atención Primaria realizan el seguimiento y control del embarazo de bajo riesgo y/o sin complicaciones, y asesoran a la madre con respecto al establecimiento y mantenimiento de la LM. Por su parte, las matronas del ámbito de la Atención Especializada son cruciales en la atención al parto y al recién nacido, así como en la instauración de la lactancia de forma precoz en el puerperio inmediato (21). Por todo ello, el objetivo de este estudio fue identificar, desde la perspectiva de las matronas que ejercen en el contexto sanitario de la provincia de Castellón (España), los condicionantes del establecimiento y la duración de la LM, con particular referencia al impacto de la pandemia COVID-19.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio cualitativo mediante la realización de grupos focales con matronas en activo en la provincia de Castellón. La recolección de la información se hizo mediante grupos focales a través de videoconferencia, se registró la voz y la imagen de los participantes, puesto que permitía obtener una mayor cantidad de información y contrastar con más profesionales, con el incentivo de que no suponía un coste económico adicional para el estudio (22).

La captación de participantes se realizó en el mes de enero de 2021 a través de correo electrónico enviado desde el Colegio Oficial de Enfermeros/as de la provin-

cia de Castellón, el cual cuenta con un registro de aquellas enfermeras que tienen la especialidad; en este caso, se identificaron las que tenían la especialidad de matrona. Los criterios de elegibilidad aplicados fueron los siguientes: matrona en ejercicio profesional activo de Atención Primaria o Especializada de la provincia de Castellón, que aceptaba participar en el grupo focal (GF) con firma de un consentimiento informado.

De cada participante (en adelante, informante) se registraron las variables de sexo, antigüedad laboral, ámbito de ejercicio profesional y tipo y momento de formación recibida sobre LM. La recogida de información se llevó a cabo mediante cuatro GF que fueron segmentados según la disponibilidad de tiempo de las matronas. Obtenida la saturación de datos se finalizó con los GF, el criterio de saturación se determinó con la repetición de información similar en las cuestiones planteadas. Con el fin de garantizar la validez de la información facilitada por las matronas, se contó con un participante que desempeñó una doble función, informante del GF correspondiente y observador participante en los GF.

Los GF se desarrollaron entre febrero y abril de 2021, mediante *Microsoft Teams* de la Universidad Cardenal Herrera-CEU, CEU Universities, con grabación de voz. Estos GF fueron organizados en tres etapas, siguiendo la estructura de Prieto y Cerdá (23): 1. planificación y selección, 2. Moderación y 3. recolección de los datos. En los GF se utilizó un guion de 16 preguntas abiertas (Cuadro 1 de material suplementario), para recopilar información sobre datos generales del ejercicio profesional de las matronas participantes (cinco preguntas), condicionantes de la instauración y duración de la LM (nueve preguntas), impacto percibido de la pandemia COVID-19 sobre la LM (una pregunta) y claves para la promoción de la LM (una pregunta). Las grabaciones de voz obtenidas de los GF se guardaron en el servidor personal de los investigadores de la Universidad Cardenal Herrera-CEU, CEU Universities.

Posteriormente se realizó la transcripción textual (*verbatim*) de los grupos focales y el análisis del discurso con el *software* ATLAS.ti. Para el análisis cualitativo, en primer lugar, se creó una nube de palabras para identificar elementos destacados en el discurso. A partir de ahí se organizó el análisis según los factores condicionantes reportados en función de las categorías de "facilitadores" y "barreras" de la LM y según los ámbitos (individual, asistencial o comunitario). Adicionalmente, los "facilitadores" se temporalizaron según el momento de

actuación dentro del proceso de la LM. El impacto de la pandemia COVID-19 sobre la LM se categorizó en impacto "positivo" y "negativo", y las propuestas para la promoción de la LM según fueran del ámbito "sanitario" o "social". Para estructurar y categorizar el discurso se emplearon las aportaciones de Llorente Pulido et al. (20,24) y Saus-Ortega (25) a fin de clasificar los condicionantes identificados por las informantes según fueran previamente reportados o no en la literatura. Para la identificación de dichos condicionantes se llevó a cabo, previamente, una revisión de la literatura.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad CEU Cardenal-Herrera (Castellón, España). Las matronas otorgaron su consentimiento informado por escrito para su participación y grabación de la voz en los GF. Los nombres de las informantes fueron anonimizados y reemplazados por códigos alfanuméricos.

Resultados

Se llevaron a cabo cuatro grupos focales de 80 minutos de duración media, en los que participaron un total de once matronas de la provincia de Castellón, nueve (81,8%) mujeres y dos (18,2%) hombres, lo que representó el 17% de la población diana (N= 65 matronas colegiadas y en activo en la provincia). El ámbito de su ejercicio profesional correspondió en un 45% (n= 5) a Atención Primaria y 55% (n= 6) a Atención Especializada. La antigüedad laboral de las participantes comprendía entre 1 y 26 años, con una media de 12 años (DE= 8 años) y una mediana de 11 años. Dos (18%) matronas tenían entre uno y menos de cinco años de antigüedad laboral, seis (55%) matronas entre cinco y menos de 20 y tres (27%) de ellas entre 20 y menos de 24 años. En todos los casos, la formación sobre LM la recibieron durante el periodo de formación de la especialidad (EIR) y, posteriormente, por medio de la búsqueda activa de cursos de reciclaje ofrecidos por instituciones del ámbito materno-infantil como *iHan* y la *Conselleria de Sanitat Universal i Salut Publica* de la Comunidad Valenciana (España).

Tras el análisis del discurso se obtuvo una nube de palabras en la que destacaban la madre y la hija o el hijo. Del análisis por categorías se identificaron 12 facilitadores y 26 barreras (Tablas 1, 2 y 3) de la LM, que operan desde los diferentes ámbitos (individual, asistencial y comunitario). La Tabla 1 recoge los facilitadores individuales (binomio madre-hijo/a) y asistenciales de la LM, indicados por matronas de Atención Primaria y Especializada de la provincia de Castellón (España).

Tabla 1. Facilitadores individuales (binomio madre-hijo/a) y asistenciales de la lactancia materna, indicados por matronas de Atención Primaria y Especializada de la provincia de Castellón (España)

Facilitador (reporte previo literatura)	Citas textuales (verbatim) de las matronas en el GF (nº GF: nº participante)
Ámbito individual	
Accesibilidad materna a grupos de apoyo a la LM constituidos por pares (20)	"...alguno de los puntos a favor que hemos encontrado es el tema de los grupos durante el embarazo, el que las mujeres se juntasen entre ellas, eso ha sido fundamental. Muchas madres contaban con experiencias previas y si eran experiencias positivas, pues también de alguna forma motivaban a las mujeres que estaban en el grupo, porque si tú ves que tu compañera lo ha conseguido ¿por qué no lo vas a conseguir? Es como un refuerzo positivo que tienes a tu lado" (GF1: P1)
Ambiente, círculo social cercano y familiar materno favorable para la LM (20)	"Que la madre tenga... un buen apoyo familiar, alguien cerca en el entorno familiar o círculo social que haya amantado, el ir a talleres de lactancia" (GF3: P1)
Satisfacción materna (20)	"Lo de la satisfacción materna que nos comentas, creo que es muy importante que las madres se sientan seguras, cómodas y bien con la decisión que tomen, porque creo que ya es un proceso lo suficientemente duro de por sí" (GF1: P1)
Motivación materna respecto a la LM durante el embarazo (20)	"...la motivación durante el embarazo hace mucho también..." (GF3: P1)
Experiencia materna positiva previa en LM (20)	"Yo también creo que la experiencia previa positiva es un factor muy favorable" (GF3: P2)
Empoderamiento y actitud materna positiva sobre la LM durante el embarazo (20)	"...el empoderamiento de la madre..." (GF3: P2), "la actitud previa que tiene la mujer frente a la lactancia durante el embarazo es súper importante" (GF3: P2)
Actitud paterna sobre la LM (20)	"Sí, yo creo que luego lo que más determina es la actitud de la madre y del padre..." (GF4: P1)
Refuerzo de la matrona a la decisión de lactar de la madre (23)	"Para el inicio de LM primero, evidentemente, tener en cuenta la voluntad materna, y después, favorecerla" (GF2: P1)
Realización de contacto piel con piel en paritorio (24)	"Favorecer que se cree el vínculo entre la madre y el hijo, después del parto crear el ambiente ideal para que se inicie la LM; el contacto de la mamá, el piel con piel, y darle tiempo para que se instaure" (GF2: P1)
Ámbito asistencial	
Adecuada educación materna en LM durante la gestación (20)	"Factor importantísimo, la información y formación de la madre" (GF2: P2)

Nota. En la primera columna se muestran los reportes de estudios publicados y en la segunda columna las citas textuales (verbatim) de las matronas (identificadas por nº de participante y nº de grupo GF) correspondientes al facilitador de LM identificado. LM: lactancia materna. GF: grupo focal. R: reporte previo. P: participante

Tabla 2. Barreras en el ámbito individual (binomio madre-hijo/a) y asistencial de la lactancia materna, indicados por matronas de Atención Primaria y Especializada de la provincia de Castellón (España)

Barrera (reporte previo literatura)	Citas textuales (verbatim) de las matronas en el GF (nº GF: nº participante)
Ámbito individual	
Miedos maternos sobre la LM (R ²⁰)	"Luego como dificultad también diría los propios miedos de la madre y su preocupación por la salud de la criatura" (GF3: P1) "...yo creo que el problema en la mayoría de los casos viene más por la madre, por los miedos..." (GF1: P1)
Impericia con la técnica de LM (R ²⁰)	"Para el inicio la barrera habitualmente puede ser una dificultad en la técnica" (GF2: P1)
Falta de apoyo materno por parte de la pareja (R ²⁰)	"...lo hemos visto, yo creo que todos y todas, si no están bien apoyados por parte de su pareja o la persona que está a su lado, LM que funciona bien al final acaban claudicando porque no tienen apoyo" (GF2: P3)
Partos traumáticos, instrumentalizados (R ²⁰)	"En el paritorio se ve que, en cesáreas, sí que se puede afectar el inicio porque el bebé está separado de la madre dos o tres horas. Además, la madre está dolorida, por la cirugía las primeras 24 horas seguro que es más difícil la implantación. Partos largos y traumáticos también influyen negativamente y cuesta más instaurar la LM" (GF3: P2)
Estímulos negativos hacia la LM del entorno materno (R ²⁰)	"...sobre todo que no reciba estímulos negativos dentro de su entorno o incluso de los propios profesionales" (GF3: P2)
Edad gestacional y bajo peso (R ²⁰)	"Los bebés pequeños en peso y en edad gestacional tienen menos fuerza al succionar" (GF3: P3)
Mastitis, grietas, dolor materno al lactar (R ²⁰)	"Si vienen con dolor o con alguna herida en el pecho entonces ya es de las principales razones de dificultad" (GF4: P1)

Tabla 2. Barreras en el ámbito individual (binomio madre-hijo/a) y asistencial de la lactancia materna, indicados por matronas de Atención Primaria y Especializada de la provincia de Castellón (España) (cont.)

Barrera (reporte previo literatura)	Citas textuales (verbatim) de las matronas en el GF (nº GF: nº participante)
Ámbito asistencial	
Falta de coordinación de mensajes que se le dan a la madre por parte del equipo de salud (R ²³)	<i>"Otra barrera que yo también destacaría, aunque es verdad que cada vez menos, es la diferencia de criterio entre nosotros, entre los profesionales sanitarios, porque a veces ellas se encuentran en medio de dos opiniones completamente dispares"</i> (GF2, P4)
Seguimiento insuficiente en AP tras el nacimiento, debido a protocolo poco intensivo estándar de visitas y necesidad de aumento del número de matronas (R ²³)	<i>"Entonces, una cosa son las visitas estrictas, de dos visitas en el puerperio, la precoz al alta y luego, lo que te dicen las guías, mínimo dos, la visita primera y luego a la cuarentena. Claro, eso se queda corto, porque si lo delegas al pediatra puede que ahí se pierda la comunicación y falla a veces. No está protocolizado, es un poco lo que cada profesional pueda o quiera, porque a veces queremos, pero no podemos implicarnos tanto porque la consulta se satura, pero sí, pienso que es necesario, no tiene por qué ser un sitio externo, simplemente la matrona que es la persona que ellas conocen del embarazo. Esto creo que sería un punto para reforzar, tener más matronas de Atención Primaria para poder atenderles mejor, tener más tiempo"</i> (GF4, P1)
Ámbito comunitario	
Reincorporación al trabajo: mientras la OMS recomienda seis meses de LME la legislación laboral española como máximo prevé cuatro meses de tiempo de permiso a la madre, tras el nacimiento, para incorporarse a su puesto laboral (R ²³)	<i>"Muchas veces antes del parto ya te comentan que el motivo por el que no saben si dar LM es el trabajo. Estamos hablando de que en España a la madre se le dan 16 semanas de permiso más después el tiempo de la LM, cuando la OMS nos está marcando que serán seis meses de alimentación exclusiva con leche materna"</i> (GF1: P1)
Cambios sociales, individualismo y pérdida del concepto de "tribu" respecto al apoyo de la LM (R ²³)	<i>"...el mayor problema es que se ha perdido la tribu, o sea las mujeres siempre estaban apoyadas por mujeres, las mujeres siempre han visto lactar y el aprendizaje funciona, entonces eso se ha perdido y hay que volver a ello. Algo de muchísimos años se perdió en muy poco tiempo y ahora recuperarlo nos va a costar muchísimo. Para mí eso es la principal causa. Luego, la forma en que tenemos de vivir actualmente, pues antes estabas muy cerca de las manos de tu madre, de tus mujeres, y pues ahora, muchas mujeres viven solas muy lejos del apoyo familiar..."</i> (GF1, P2)
Publicidad sobre alimentación artificial (R ²³)	<i>"...hay muchos intereses comerciales también, se vende más la lactancia artificial y se percibe como más moderna"</i> (GF3: P3)
Estigmatización social y del entorno de la madre que realiza LM ante problemas de desarrollo o situaciones de salud y cuidado del bebé (R ²³)	<i>"Y, también, muchas veces los comentarios, las opiniones externas de que se están alimentando o no... y luego cuando se presenta alguna dificultad, algún problema, o alguna hipoglucemia del bebé o el bebé es muy chiquitín o cualquier cosa, enseguida se achaca todo a la LM o que lo están haciendo mal". "También contarle que la LM al principio puede tener dificultades, que no se desanime pero que puede haber molestias en el pecho, en el pezón los primeros días, por la subida de leche y si es el primer bebé también por esa falta de práctica, pero animarla a que continúe porque pasados esos primeros días luego la LM suele ir mejor"</i> (GF4: P2)

Nota. En la primera columna se muestran los reportes de estudios publicados y en la segunda columna las citas textuales (verbatim) de las matronas (identificadas por nº de participante y nº de grupo GF) correspondientes a la barrera de LM identificado. LM: lactancia materna. GF: grupo focal. R: reporte previo. P: participante

La Tabla 2 recoge las barreras individuales (binomio madre-hijo/a) y asistenciales de la LM, indicadas por matronas de Atención Primaria y Especializada de la provincia de Castellón (España). La Tabla 3 hace referencia a los condicionantes que operan como facilitadores o barreras de la LM, según el ámbito en el que actúan: individual, asistencial o comunitario. A partir de la triangulación con estudios previos surgieron dos facilitadores y 16 barreras como aportaciones novedosas de las informantes en el estudio (Tabla 3).

Respecto al impacto de la pandemia COVID-19, se identificaron consecuencias tanto negativas como positivas sobre la asistencia a la LM (Tabla 4).

Otros resultados destacables se pueden ver en la Figura 1 que muestra diferentes propuestas de optimización de la promoción de la LM realizadas por las matronas participantes en los grupos focales. En la Figura 2 se organizan los facilitadores de la LM identificados en el presente trabajo, en función del momento del proceso lactar en que inciden.

Discusión y conclusiones

El presente estudio evidencia facilitadores y barreras de la LM identificados por matronas con experiencia laboral en el ámbito sanitario de la provincia de Castellón (España) durante la pandemia por COVID-19, que no han

Tabla 3. Condicionantes que operan como facilitadores (F) o barreras (B) de la lactancia materna (LM), según el ámbito en el que actúan (I: individual, A: asistencial, C: comunitario), identificados por matronas de Atención Primaria y Especializada de la provincia de Castellón (España)

Nivel	Tipo	Condicionante	Citas textuales (<i>verbatim</i>) de las matronas en el GF ^(nº GF: nº participante)
I	B	Problemas de agarre	<i>"En AP sí tenemos dificultades, principalmente de malos agarres, dolor. Es una lucha sobre todo cuando vienen ya complementados porque la barrera que han encontrado es muy grande como para conseguir la LME"</i> (GF2: P2)
		Anquilosia del bebé	<i>"...la anquilosia del bebé..."</i> (GF3: P3)
		Percepción materna de producción de leche en cantidad suficiente	<i>"...el no ver qué cantidad está bebiendo el bebé eso muchas veces es lo que les asusta, el pensar que no hay leche o que no es suficiente, o que no va a ser todo lo bueno que tiene que ser"</i> (GF4: P2)
I	B	Ideas maternas preconcebidas sobre lactancia con fórmulas artificiales construidas desde su propia biografía	<i>"Venimos de una época en la que las madres comenzaron a dar fórmula artificial a sus hijas y estas son las actuales madres de hoy en día, entonces muchas veces escuchas 'bueno, yo me he criado con biberón y no ha ido tan mal'. Y es cierto, pero habría que ver si esa madre conoce todas las ventajas que puede obtener tanto para ella como para su hijo ofreciendo LM, para mí esta es una de las principales barreras que nos encontramos."</i> (GF1: P1) <i>"...un poco la idea preconcebida que tienen de la maternidad, de todo color de rosa y feliz, que el niño duerme y que pide cada tres horas, esto es muy difícil de cambiar"</i> (G4: P1)
		Falta de descanso materno	<i>"Además, se suma el cansancio, se suma el que no están descansando mientras el niño está mamando, entonces acumulan cansancio y tensión"</i> (GF4: P1)
A	F	Puesta en valor de la LM por parte de las matronas, como la opción correcta para alimentar a los/las bebés	<i>"...sobre todo el reconocimiento de la importancia de la LM, parece obvio, pero es que hace años no se le daba esta importancia. Cuando se reconocen los beneficios reales de la LM, tanto físicos como para el bebé, los factores nutricionales también, pero sobre todo el haber conseguido que los profesionales nos creamos esto, asumir las virtudes de la LM y trabajar por ellas. Hace muchos años te vendían las virtudes de la lactancia artificial y lo veías como lo normal y ahora la LM es la opción, no es una opción más, es la correcta"</i> (GF2: P1)
A	B	Cantidad y calidad de información sobre la LM que brinda a la madre la matrona	<i>"...al final si es una información de calidad, se le dedica el tiempo necesario al final la mamá lo sabe apreciar. Esto puede pasar en el parto igual que en la lactancia, vienen con unas ideas que luego con información y apoyo se consiguen deconstruir..."</i> (GF2: P1)
A	B	Falta de herramienta validada para medir la instauración de la LM en el puerperio inmediato	<i>"Nosotros, no de forma tan protocolizada como deberíamos, utilizamos la escala LATCH de LM, pero es cierto que en el paritorio no, se emplea en la planta de hospitalización de púerperas..."</i> (GF1: P1)
		Falta de protocolización para la extracción de calostro en casos especiales	<i>"...la extracción de calostro no está protocolizada, pero se le suele enseñar a la madre en estos casos, se prepara por ejemplo en casos de madres diabéticas también"</i> (GF3: P3)
A	B	Excesiva focalización en el bebé sobre el proceso y la calidad de la LM en desmedro del protagonismo de la madre	<i>"Yo a veces no sé si llegamos a tener en cuenta del todo la satisfacción de la mujer. Personalmente, me he encontrado con alguna situación en la que la mujer sí quería dar pecho, pero empiezas a ver cosas que te están diciendo que no, y en vez de sentarme con ella y preguntarle: ¿realmente qué es lo que quieres? No lo he hecho. En estos casos al final va a abandonar la LM, pero podría haberle ahorrado un día o dos de sufrimiento. Nos centramos demasiado en las necesidades del bebé, porque sabes que es tan bueno para ellos que te da pena que todo el esfuerzo inicial de la LM se caiga, pero si la madre no lucha porque no puede, hay que respetarlo"</i> (GF1: P2)
		Infantilización y/o sobreprotección de la madre durante la estancia hospitalaria posparto	<i>"Creo que a veces, dependiendo de la línea del hospital, tendemos mucho a infantilizar y sobreproteger a la mujer, y durante una situación así tan complicada solo le decimos que no se preocupe, que descanse y no se agobie, cuando a lo mejor la mujer lo que necesita es otra cosa porque puede pensar que lo único que puede hacer por su bebé en ese momento es empezar a estimularse"</i> (GF1: P2)
A	B	Grado de esfuerzo insuficiente del profesional de apoyo a la LM ante problemas de agarre o succión del lactante	<i>"También el dolor, si no se les ayuda a que no tengan dolor...Y justo estos problemas del dolor muchas veces tienen una solución fácil, pero si no se les ayuda, es difícil"</i> (GF4: P1)
		Falta de formación sobre LM en las matronas	<i>"...es que claro no hay mucha formación tampoco, es muy triste, pero es así, no todas las matronas por ser matronas sabemos igual de lactancia porque en la formación tampoco nos forman tanto en lactancia, entonces nos estamos tirando tierra a nuestro propio tejado"</i> (GF4: P1)

Tabla 3. Condicionantes que operan como facilitadores (F) o barreras (B) de la lactancia materna (LM), según el ámbito en el que actúan (I: individual, A: asistencial, C: comunitario), identificados por matronas de Atención Primaria y Especializada de la provincia de Castellón (España) (cont.)

Nivel	Tipo	Condicionante	Citas textuales (<i>verbatim</i>) de las matronas en el GF ^(nº GF: nº participante)
C	F	Aumentar la accesibilidad a pezoneras, sacaleches e insumos para solucionar situaciones problemáticas de la LM	"...cada vez hay más tecnología, hay más marcas de extractores de leche, opciones diferentes de pezoneras y cositas que te pueden ayudar a pasar el bache. Hay mejores materiales que anteriormente, podría ser más y más calidad y que los precios fueran más accesibles, pero bueno, es de la poca tecnología que hay en esto..." (GF4: P1)
C	F/B	Comunicadores informales/ influencers	"Yo creo que tiene mucha influencia también que una persona con cierta influencia social, un referente o influencer o quien sea, acabe de dar a luz y veas que está dando la teta." (GF2: P3) "...Porque veo que enseguida que sale alguien con una determinada influencia en la sociedad hablando de la LM, parece que se le da más valor que lo que los profesionales sanitarios podamos decir o hacer." (GF1: P2) "Las influencers que por desgracia tienen mucho peso en la sociedad, cuando ves una famosa que ha tenido un parto natural y está dando pecho, creo que eso tiene mucho peso" (GF1: P2)
C	B	Concepción idílica e idealizada, promovida por la publicidad en <i>mass media</i> y las RR.SS., de la LM y la maternidad	"Sobre todo el posparto, del que muchas veces se habla muy poco, o que muchas veces los medios de comunicación y demás lo venden como algo muy idílico, y para nada, porque es una etapa de transición muy dura de muchos cambios" (GF1: P1)
C	B	Construcción social sesgada de la LM	"...las redes sociales con todo esto de vender los prototipos ideales de la LM, muchas veces la LM no entra dentro de ese prototipo, porque todavía es un poco un tema tabú, o parece que lo sea, el hacerlo en público o exponerse" (GF3: P4) "Por ejemplo, hace poco Paula Echevarría ha tenido un bebé y ha sido una noticia que salga dándole el pecho en sus redes sociales, cosa que debería de ser totalmente normal..." (GF3: P2)
C	B	Patrones culturales sobre el uso de fórmulas artificiales y biberón	"...todavía hay poca cultura de la lactancia, es verdad que poco a poco va creciendo, pero todavía hay mucha cultura del biberón. Por ejemplo, cuando las niñas juegan con sus bebés muñecos dicen "voy a darle el biberón", es algo que ya tenemos aprendido desde que somos pequeños" (GF3: P3)
C	B	Desconocimiento social sobre la LM y la importancia de mantener la LME durante seis meses tras el nacimiento	"...socialmente la lactancia se desconoce..." (GF3: P3) "falta cultura de la lactancia. Todo el mundo, el ciudadano de a pie, no tiene claro que no se necesita nada más que seis meses de LME" (GF3: P3)
C	B	Calidad deficitaria de la información transmitida mediante RR.SS.	"...sí que es verdad que llama la atención que alguna mujer te comenta que ha visto un canal de YouTube donde han comentado la canastilla que prepara para el hospital, hay mil vídeos sobre esto en YouTube, o que siguen a tal mujer que dan a luz y les cuentan el parto..." (GF2: P3) "...mujeres que además también consultan al "Doctor Google" más de lo recomendable..." (GF2: P3) "Si notas que las mujeres buscan información en la web, pero Google no soluciona el problema real de que el hijo no lacte, lllore o no se duerma..." (GF3: P1)

Nota. En la cuarta columna se muestran las citas textuales (*verbatim*) de las matronas (identificadas por nº de participante y nº de grupo GF). LM: lactancia materna. GF: grupo focal. P: participante

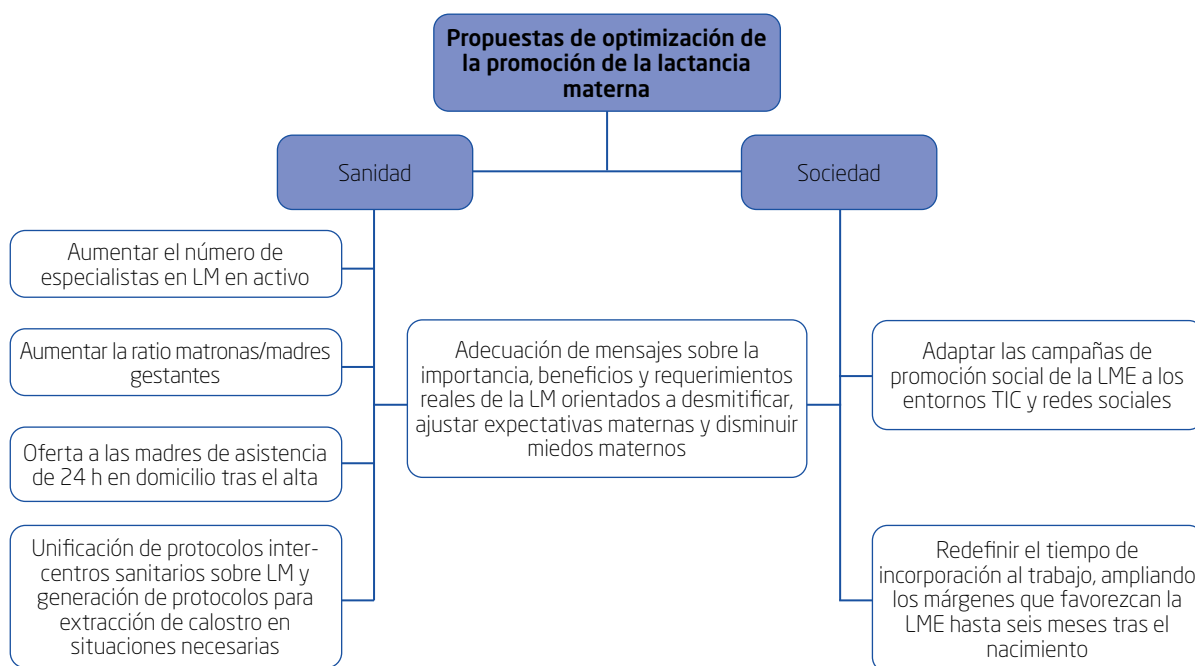
Tabla 4. Consecuencias positivas y negativas de la pandemia COVID sobre la lactancia materna (LM), identificadas por matronas de la provincia de Castellón (España)

Consecuencia	Descripción
Positiva	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de visitas en el hospital de personas externas al núcleo madre-pareja-recién nacido/a Mejora en la calidad de la intimidad madre-lactante Mejora en la comprensión materna sobre el valor inmunológico protector de la leche materna
Negativa	<ul style="list-style-type: none"> Imposibilidad de realizar grupos de apoyo la LM presenciales Menor participación de la pareja de la madre en talleres <i>online</i> sobre LM con respecto a su participación en talleres presenciales realizados previo a la pandemia Despersonalización de la madre en talleres de LM <i>online</i> Imposibilidad de constatar la comprensión materna de la información sobre LM en sesiones virtuales, con imposibilidad de contacto más personal y preservado entre matrona y madre

sido previamente reportados en España (20,24,25) y, por tanto, deberían de ser considerados para el diseño de acciones de fomento de la LM. Entre los facilitadores se encuentran el refuerzo positivo de la matrona a la

decisión materna de lactar, desde el ámbito asistencial, y propiciar la accesibilidad materna a pezoneras, sacaleches y diversos recursos para solucionar dificultades, desde el ámbito comunitario.

Figura 1. Propuestas de optimización de la promoción de la lactancia materna realizadas por las matronas participantes en los grupos focales



LM: lactancia materna. LME: lactancia materna exclusiva. TIC: tecnologías de la información y de la comunicación

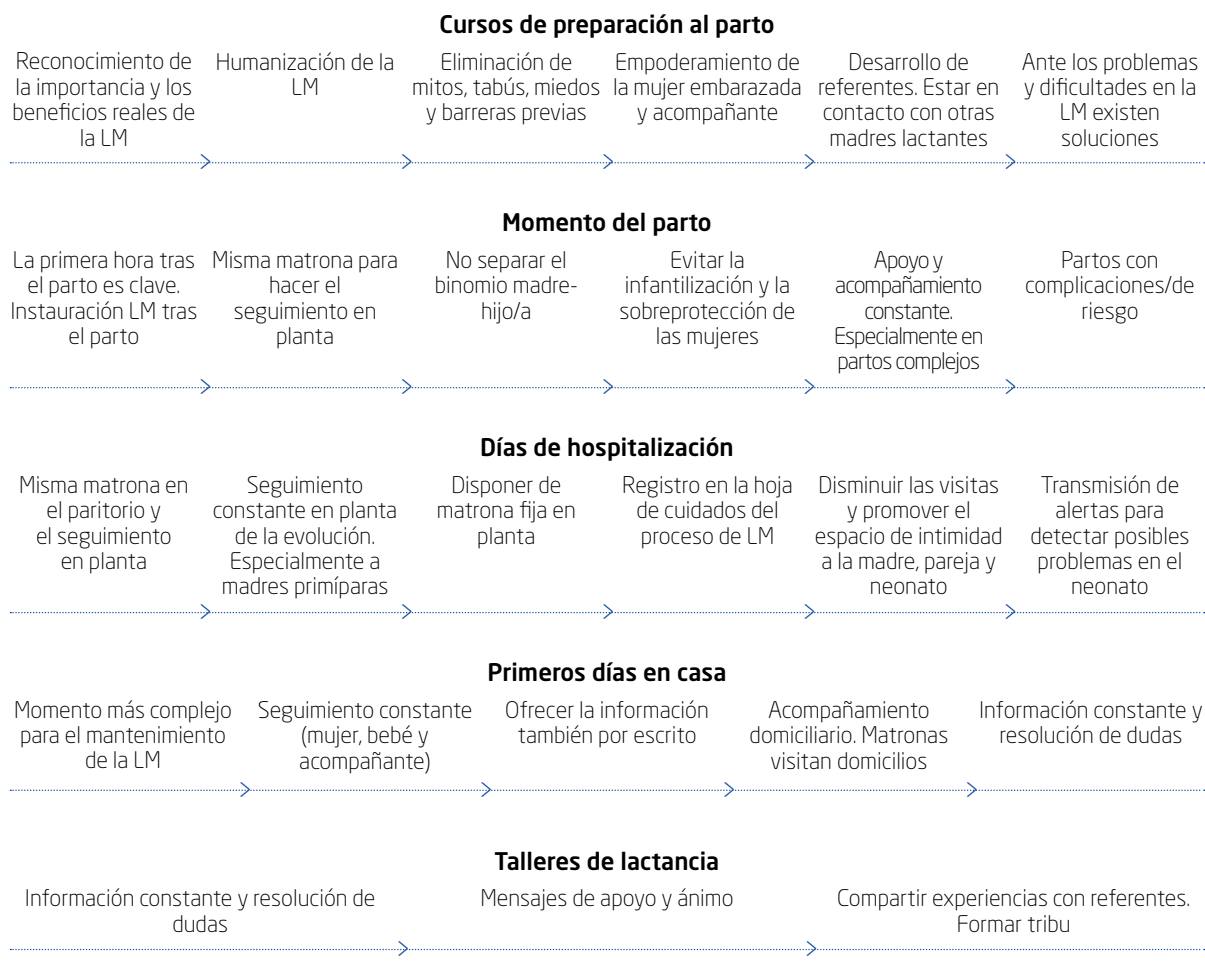
El primero de ellos, está vinculado a la competencia comunicacional del profesional sanitario (26), mientras que la segunda está en el ámbito de los decisores políticos.

Respecto a las barreras de la LM, las ideas preconcebidas maternas y de su entorno sobre las posibles ventajas de una lactancia con fórmulas artificiales, y los miedos maternos relacionados con la suficiente capacidad de producción de leche, refuerzan resultados de estudios publicados en otros países, tal como describen Rico Cortés et al. (26), que requieren un estudio pormenorizado de sus causas, para poder darles una solución desde el ámbito individual donde operan. A partir del análisis del discurso desarrollado, se evidencia que el binomio madre-hijo/a está en el centro de la actuación de las matronas informantes, quienes sostienen que la formación, información y el apoyo que recibe la mujer gestante, durante la etapa previa e inmediata posterior al parto, son claves para la instauración y duración de la LM, particularmente en lo relativo a la técnica de agarre, al afrontamiento de miedos y prejuicios maternos, al alineamiento de expectativas respecto a la LM de la madre y su pareja, y al empoderamiento materno. Según su percepción, la recuperación de la cultura de la LM y la concienciación desde una perspectiva realista de lo que significa el proceso de lactar en términos de dedicación

y necesidad de entorno adecuado, así como la formación continua respecto de la LM de los diferentes profesionales sanitarios que interactúan con el binomio madre-hijo, con unificación de criterios sobre la información que se ofrece a la madre, emergen como necesidades acuciantes para favorecer la adecuada implantación y duración de la LM, estos últimos resultados son consistentes con los aportados por Meek y Hatcher (27).

En el ámbito asistencial, una de las barreras previamente identificadas era la falta de herramientas validadas al castellano que, si bien miden la instauración de la LM en el puerperio inmediato, quedaba por confirmar su capacidad predictiva en su mantenimiento (28). Otras eran la falta de recursos y el tiempo para el seguimiento desde la Atención Primaria de la LM iniciada (24,29). A estas barreras se suman las relativas a la ausencia de protocolos para la extracción de calostro en casos necesarios y la excesiva focalización en el bebé sobre el proceso de lactancia con infantilización de la madre durante la estancia hospitalaria postparto. Las propuestas de aumentar la ratio matronas/madres gestantes, con oferta de atención continuada en el domicilio tras el alta y unificar protocolos intercentros asistenciales para la promoción de la LM, podrían ayudar a superar las barreras identificadas.

Figura 2. Facilitadores de la lactancia materna identificados en el presente estudio, en función del momento del proceso lactar en que inciden



LM: lactancia materna

Recientemente se ha validado una nueva escala, *the Bristol Breastfeeding Assessment Tool* (BBAT), herramienta de fácil uso que permite evaluar la LM y determinar los aspectos que se deben mejorar (30).

Con relación al ámbito comunitario, ya se consideraban como barreras que impactan sobre el proceso de la LM (24) en el entorno español, la publicidad sobre el uso de fórmulas artificiales, el individualismo y la pérdida del concepto de "tribu", la estigmatización social y del entorno de la madre ante problemas de desarrollo o situaciones de salud infantil, y el tiempo transcurrido para la reincorporación al trabajo. También, según el testimonio de las/los informantes, los patrones culturales sobre el uso de fórmulas artificiales y biberón, la construcción social sesgada de la LM (idealización, tabúes) y la calidad deficiente de la información transmitida mediante redes sociales. Redefinir el momento de reincorporación

al trabajo que permita una lactancia materna exclusiva los seis primeros meses, barrera ya descrita por otros estudios de este entorno, como el de Gregori et al. (31), podría ser fundamental para la promoción de la LM en el ámbito comunitario, así como la formación de comunicadores informales (*influencers*) sobre LM, para una promoción correcta a través de las tecnologías digitales.

Según las matronas, durante la pandemia de COVID-19, la ausencia de visitas hospitalarias potenció la intimidad del núcleo madre-pareja-recién nacido/a, con efecto positivo para el establecimiento de la LM. Adicionalmente, consideraron que se favoreció la comprensión sobre el valor protector de los factores inmunológicos de la LM para la salud del bebé, a raíz de la percepción de amenaza infecciosa que suponía una patología de origen viral. Percibieron negativamente con el confinamiento que es imposible realizar grupos de apoyo a la LM de

carácter presencial y que se dio una menor participación de la pareja de la madre en talleres *online* sobre LM, en comparación con talleres presenciales previos a la pandemia. Asimismo, se produjo una despersonalización de la madre en talleres de LM en modalidad *online*, con imposibilidad de constatar la correcta comprensión materna sobre la información de LM suministrada en las sesiones, con pérdida de contacto más personal y preservado entre matrona y madre.

Otros autores describieron en un estudio en Andalucía (España) (32) cómo los grupos de apoyo a la LM mediados por aplicaciones como WhatsApp®, Facebook® o Instagram® resultaron ser importantes fuentes de información y soporte a la LM durante la pandemia COVID-19. En este sentido, las matronas del estudio consideraron que la adaptación de las estrategias de promoción a los entornos digitales y redes sociales es un área que requiere especial atención, teniendo en cuenta la oportunidad que suponen las redes sociales para el apoyo de la LM.

El formato de grupo focal aplicado permite una rica descripción sobre condicionantes de la LM reconocidos por matronas con experiencia de ejercicio profesional en el escenario sanitario español, y promueve la detección de facilitadores y barreras emergentes de este contexto asistencial, social y cultural concreto, que probablemente no surgirían utilizando métodos de investigación puramente cuantitativos (20). Saturar el discurso de las matronas participantes y comprobar que se identificaron condicionantes que coincidían con los reportados en estudios previos de similar escenario, ofrece consistencia al estudio y permite establecer ciertas reflexiones, ya que las barreras y facilitadores percibidos por las matronas de ámbito asistencial en España deberían tenerse en cuenta en el diseño de planes de apoyo a la LM en este contexto asistencial, por parte de los agentes políticos y sanitarios, que pueden cambiar y regularizar las normas de actuación. Si bien no es posible establecer una jerarquía de los resultados a partir de la metodología cualitativa empleada, se debe tener en cuenta que los factores que influyen sobre el proceso de la LM se organizan en un modelo multinivel (individual, asistencial, comunitario), donde cada elemento es importante y supone priorizar unos sobre otros.

Entre las limitaciones del estudio destaca el sesgo de voluntariedad en el muestreo no probabilístico. Las entrevistas no se realizaron de forma presencial, lo cual puede dificultar la espontaneidad de las respuestas o

falta de comunicación. Una mayor muestra podría haber ampliado los resultados, pero también dificultado su concreción. La participación fue limitada a las matronas colegiadas en Castellón, pudiendo afectar esta participación en los resultados.

Las futuras líneas de investigación podrían centrarse en probar la eficacia de intervenciones a través de las redes sociales y la formación a *influencers* de renombrado prestigio para promocionar la LM en las madres.

En conclusión, el presente estudio revela facilitadores y barreras de la LM identificados por matronas en el ámbito sanitario español, que posibilita proponer acciones de promoción de la LM adaptados a la realidad sanitaria según el contexto actual. Los impactos de la pandemia COVID-19 sobre la LM identificados se han de considerar en situaciones similares de confinamiento social prolongado de la madre. Estos hallazgos suman evidencia a los escasos trabajos originales sobre la temática en España.

Material suplementario

Este artículo contiene material suplementario que puede ser consultado en la versión *online* de la revista.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Metas mundiales de nutrición 2025; documento normativo sobre lactancia materna. Ginebra: OMS; 2017.
2. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna. *Pediatrics* 2012; 1-16.
3. Horta BL, Loret de Mola C VC. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104(467):14-9.
4. Aguilar Cordero MJ, Baena García L, Sánchez López AM, Guisado Barrilao R, Hermoso Rodríguez E MVN. Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño: revisión sistemática. *Nutr Hosp.* 2016; 33(2):482-93.
5. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, Jegier BJ, Reinhold AG, Colaizy TT, Bogen DL, Schaefer AJ SA. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr.* 2017; 13(2).
6. Horta BL, Loret de Mola C VC. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104(467):30-7.
7. Paca-Palao A, Huayanay-Espinoza CA, Parra DC, Velásquez-Meléndez G MJ. Asociación entre lactancia materna y probabilidad de

- obesidad en la infancia en tres países latinoamericanos [Association between exclusive breastfeeding and obesity in children: a cross-sectional study of three Latin American countries]. *Gac Sanit*. 2021; 35(2):168-76.
8. Verduci E, Banderali G, Barberi S, Radaelli G, Lops A, Betti F, et al. Epigenetic effects of human breast milk. *Nutrients*. 2014; 6(4):1711-24.
 9. Hou L, Li X, Yan P, Li Y, Wu Y, Yang Q, Shi X, Ge L YK. Impact of the Duration of Breastfeeding on the Intelligence of Children: A Systematic Review with Network Meta-Analysis. *Breastfeed Med*. 2021; 16(9):687-96.
 10. Doan T, Gardiner A, Gay CL, Lee KA. Breast-feeding Increases Sleep Duration of New Parents. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2007; 21(3):200-6.
 11. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387(10017):475-90.
 12. Kramer MS KR. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 15(8).
 13. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, Bettinelli ME, Agosti V, Mangino G, et al. Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns. *Nutrients*. 2018; 10(1).
 14. Kavle JA, LaCroix E, Dau H EC. Addressing barriers to exclusive breast-feeding in low- and middle-income countries: a systematic review and programmatic implications. *Public Health Nutr*. 2017; 20(17):3120-34.
 15. Hunt L, Thomson G, Whittaker K DF. Non-profit breastfeeding organisations' peer support provision in areas of socio-economic deprivation in the UK: A meta-ethnography. *Matern Child Nutr*. 2022; 18(1): e13271.
 16. Linares AM, Cartagena D, Rayens MK. Las Dos Cosas Versus Exclusive Breastfeeding: A Culturally and Linguistically Exploratory Intervention Study in Hispanic Mothers Living in Kentucky. *J Pediatr Heal Care*. 2019; 33(6): e46-56.
 17. Vázquez Herrero MJ, De Anta Rodríguez L. Revisión bibliográfica. Lactancia materna y feminismos: una revisión desde la perspectiva de género. *Matronas Prof*. 2020; 21(2):47-53.
 18. Boletín Oficial del Estado (BOE). Disposición 13785, núm. 191 de 2021. 2021 p. 100097-106.
 19. Singh AP, Kumar VHS, Panda S. Supporting breastfeeding in 2021 and beyond-lessons from the pandemic. *Pediatr Rep*. 2021; 13(2):289-301.
 20. Llorente-Pulido S, Custodio E, López-Giménez MR, Sanz-Barbero B, Otero-García L. Barriers and facilitators for exclusive breastfeeding in women's biopsychosocial spheres according to primary care midwives in tenerife (Canary Islands, Spain). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7):3819.
 21. Gross SM, Resnik AK, Nanda JP, Cross-Barnet C, Augustyn M, Kelly L PD. Early postpartum: a critical period in setting the path for breastfeeding success. *Breastfeed Med*. 2011; 6(6):407-12.
 22. Rodas Pacheco FD, Pacheco Salazar VG. Grupos Focales: Marco de Referencia para su Implementación. *INNOVA Res J*. 2020; 5(3):182-95.
 23. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Step by step in the design of a focus group-based study. *Aten Primaria* 2002; 29(6):366-73.
 24. Llorente-Pulido S, Custodio E, López-Giménez MR, Otero-García L. Barriers and facilitators for exclusive breastfeeding within the health system and public policies from in-depth interviews to primary care midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(1):128.
 25. Saus-Ortega C. Promoting correct positioning and attachment in breastfeeding infants born by section cesarean in the La Fe Hospital in Spain: a best-practice implementation project. *JBI Evid Implement*. 2020; 18(3):297-307.
 26. Rico Cortés O, Gallego Iborra A, García Aguado J, Pallás Alonso CR, Rando Diego A, San Miguel Muñoz M, et al. Resumen PAPPs Infancia y Adolescencia 2020. *Aten Primaria*. 2020; 52(2):149-60.
 27. Meek JY, Hatcher AJ. The breastfeeding-friendly pediatric office practice. *Pediatrics*. 2017; 139(5): e20170647.
 28. Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, del Pozo Ayuso ML, Sánchez Conde AI. CVH. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. *Index Enferm*. 2008; 17(3).
 29. Swerts M, Westhof E, Bogaerts A, Bogaerts A. Supporting breast-feeding women from the perspective of the midwife: A systematic review of the literature. *Midwifery*. 2016; 37:32-40.
 30. Balaguer-Martínez JV, Esquivel-Ojeda JN, Valcarce-Pérez I, Ciriiza-Barea E, García-Sotro C, López-Santiveri A, et al. Translation to Spanish and validation of a scale for the observation of breastfeeding: The Bristol Breastfeeding Assessment Tool. *Am Pediatr* (English Ed). 2022; 96(4):286-93.
 31. Roig PG, Orenga J, Paula O, Thevenet S, Monteagudo E, María M, et al. Influencia del tiempo de ligadura del cordón umbilical en la morbilidad secundaria neonatal, los depósitos de hierro en el neonato y lactante, y efectos maternos asociados. *Castellón de la Plana: Fundación Dávalos-Flecher*; 2018.
 32. Sevillano-Giraldo MD, Rodríguez-Gallego I L-LF. Impacto de la pandemia por COVID-19 en la lactancia materna en España. *Estudio cualitativo. Matronas Hoy*. 2022; 10(2):13-23.

Si quieres ampliar más información sobre este artículo, consulta:

Introduce estos

términos:

encuentra@
ENFERMERÍA INTELIGENTE

Lactancia materna; leche materna; matrona; COVID-19.



Contacta con los autores en:

paula.sanchez@uchceu.es