



Evidence based information sheets for health professionals

Perspectivas y experiencias de las mujeres acerca del apoyo a la lactancia

Recomendaciones

- Los servicios deben adoptar modelos y acuerdos que hagan hincapié en la relación basada en los cuidados, así como en facilitar la prestación de una mayor continuidad de los cuidados y asesoramiento individualizado para las mujeres. **(Grado A)**
- Los cuidadores deben pasar tiempo y proporcionar ayuda práctica a las mujeres que lo necesiten. **(Grado A)**
- La educación prenatal, el asesoramiento posnatal y el apoyo deben estar más centrados en la paciente, y se debe proporcionar información alentadora, realista y detallada a las mujeres. **(Grado A)**
- La formación en enfermería y obstetricia necesita desarrollar plenamente las capacidades de comunicación e información de las enfermeras y las matronas. **(Grado A)**
- Los esquemas para ofrecer apoyo de iguales deberían seguir desarrollándose y evaluar su eficacia; estos esquemas deberían incluir a mujeres de todos los grupos socioeconómicos. **(Grado A)**

Fuente de información

Este *Best Practice information sheet* se basa en una revisión sistemática de 31 estudios². La revisión incluyó literatura cualitativa que exploraba las percepciones de las mujeres y las experiencias de apoyo a la lactancia que incorporaban el apoyo profesional o de iguales. El informe de la revisión sistemática está disponible en la página web del Instituto Joanna Briggs

www.joannabriggs.edu.au

Antecedentes

La lactancia materna conlleva beneficios para la salud de los bebés y de las madres; sin embargo, a pesar de las directrices mundiales³ para la promoción de la lactancia materna, las tasas de lactancia materna siguen siendo inferiores a las recomendadas. La asistencia a la lactancia materna es una de las necesidades de cuidados posnatales más habituales en las mujeres. Tanto los apoyos de iguales como los de profesionales se han identificado como factores de gran importancia para el éxito de la lactancia materna⁴. Hay investigaciones que sugieren que el escaso apoyo puede contribuir a la interrupción temprana de la lactancia materna^{5,6,7}. El apoyo a la lactancia proporcionada por los profesionales de la salud se ha descrito de forma tanto positiva como negativa, y con frecuencia no son capaces de proporcionar todo el apoyo que la mujer necesita. Se ha identificado que las mujeres en la misma situación suponen un modelo positivo para otras las mujeres respecto a la lactancia materna. Una revisión de ensayos que comparaba el apoyo adicional a las madres con el cuidado materno habitual observó que todas las formas de apoyo adicional aumentaban la duración de la lactancia materna⁴. Lo que no se conoce son los componentes o elementos clave del apoyo que fueron eficaces a la hora de aumentar la duración de la lactancia materna.

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles de evidencia establecidos por el Instituto Joanna Briggs en 2006 (<http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>)

Grado A Recomendación demostrada para su aplicación

Grado B Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación

Grado C Recomendación no demostrada

Definiciones

En este *Best Practice information sheet* se utilizan las siguientes definiciones:

Apoyo profesional: Apoyo proporcionado por una serie de profesionales de la medicina, la enfermería y profesionales afines⁴.

Apoyo de iguales: Apoyo prestado por un programa o grupo de apoyo formado por no profesionales, ya sea remunerado o voluntario. Los iguales no forman parte de la red social informal de la mujer, como los familiares y amigos.

Objetivos

El objetivo de este *Best Practice information sheet* es sintetizar la mejor evidencia disponible sobre las percepciones y las experiencias de las mujeres en relación con el apoyo a la lactancia, ya sea por parte de un profesional o por parte de iguales, para identificar las acciones que las mujeres consideran "un apoyo" y las diferencias entre el apoyo de los profesionales y de iguales.

Tipos de participantes

En la revisión se incluyeron tanto mujeres primíparas como múltiparas que iniciaron la lactancia. También se incluyeron estudios en los que participaban subgrupos demográficos específicos, como las madres adolescentes. No se incluyeron los estudios centrados en un subgrupo clínico específico, como las mujeres tras una cesárea.

Calidad de la investigación

En la revisión se incluyeron estudios principalmente cualitativos. También se incluyeron estudios como encuestas a gran escala si recogían con suficiente detalle, el análisis de los datos cualitativos obtenidos a través de preguntas abiertas o de entrevistas en profundidad. Se llevó a cabo la evaluación de cada estudio por parte de un revisor primario y otro secundario de forma independiente. Los resultados se compararon y debatieron para resolver cualquier discrepancia, primero entre el revisor primario y el revisor secundario; cuando no se pudo alcanzar un acuerdo, se consultó a los demás miembros del equipo de revisión.

Se incluyeron 31 artículos que, en general, eran de una calidad razonable en términos de claridad, metodología adecuada, credibilidad y evidencia citada para apoyar las conclusiones. Sin embargo, la mayoría de los trabajos incluían un

planteamiento relativamente limitado de las perspectivas teóricas o conceptuales, de la inclusión de bibliografía pertinente y de la reflexión sobre el papel de los investigadores. La mayoría de los estudios identificados estaban realizados en el Reino Unido o en EE.UU. y, por lo tanto, no se puede asumir que los hallazgos sean aplicables a otros países con diferentes culturas y sistemas sanitarios.

Resultados

La meta-síntesis de los estudios incluidos en la revisión dio como resultado cuatro categorías que comprendían un total de 20 temas. La revisión indica que el apoyo a la lactancia materna se produce a lo largo de un continuum que va desde la auténtica presencia en un extremo, percibida como un apoyo efectivo, hasta los encuentros inconexos en el otro extremo, percibidos como ineficaces o incluso desalentadores y contraproducentes. En segundo lugar, la revisión identificó un enfoque facilitador, que las mujeres encontraron útil, frente a un estilo opuesto, enfoque reduccionista, que las mujeres hallaron poco útil.

Presencia

La presencia refleja una relación de confianza o de conexión entre la mujer y su cuidador. El cuidador o profesional de la salud expresa su disponibilidad de forma explícita y sincera, y establece una buena relación de comunicación. Transmitir una auténtica presencia ayuda a asegurar que el apoyo es el adecuado para las necesidades de la mujer, y mejora su eficacia percibida.

El profesional de la salud o el cuidador transmite a la mujer que está disponible para ella cuando sea necesario. Esto puede realizarse tanto en el ámbito hospitalario como en el hogar, y puede ocurrir a pesar de que las salas de posparto estén muy concurridas.

El enfoque empático fue importante para determinar si las mujeres sentían que la ayuda ofrecida suponía un apoyo y se vinculó a tomarse tiempo, escuchar y contar con un enfoque positivo y cordial.

Para las mujeres era importante sentir que recibían tiempo suficiente, ya que les hacía sentir cómodas y relajadas; también ayudó a la práctica. Una de las ventajas del apoyo de iguales, según describieron las mujeres, es que se les dedicaba tiempo suficiente como para suponer una diferencia. El hecho de que se les dedicara más tiempo, les facilitó a las mujeres el planteamiento de preguntas al cuidador o profesional de la salud.

Las afirmaciones, la confianza y el ánimo fueron muy importantes para las mujeres, ya que muchas

carecían de confianza y encontraban muy difícil la reciente maternidad.

También se valoró en gran medida la capacidad de escuchar y responder a las necesidades de las mujeres.

Resultaba más probable lograr una auténtica presencia si la mujer tenía la oportunidad de establecer una relación con el cuidador, alguien con quien pudiera sentirse identificada y compartir la experiencia. Las mujeres que recibieron apoyo de iguales describieron la sensación de haber establecido una relación y contar con alguien que "estaba allí" para ellas, pero esto no fue exclusivo de este grupo.

Encuentros inconexos

En los encuentros inconexos no se tiene la sensación haber creado una relación y existe una falta de entendimiento. Este hecho inhibió el aprendizaje y provocó en las mujeres una falta de confianza y menos probabilidades de mantener la lactancia materna.

Probablemente el profesional de la salud no pretenda provocar sentimientos de culpa o culpar a la mujer de sus problemas. Sin embargo, el uso de ciertas palabras o una actitud crítica a menudo era percibido de esta manera, especialmente cuando las mujeres se sentían vulnerables, inseguras y agotadas física y emocionalmente después del parto.

Algunos estudios han identificado la experiencia de las mujeres de sentirse presionadas para amamantar. Esto no es lo mismo que ofrecer ánimos y tender a que las mujeres se sientan culpables y desalentadas respecto a la lactancia materna.

Algunas mujeres señalaron que el personal del hospital estaba demasiado ocupado con otras mujeres y en otras tareas como para poder dedicarles el tiempo necesario. Esto no se percibió como una falta por parte de los profesionales de la salud, sino como una limitación de su entorno de trabajo. Cuando las mujeres eran conscientes de las presiones que recibían los profesionales de la salud, tendían a sufrir en silencio. Si los profesionales de salud prestaban atención o ayuda a alguna mujer en concreto, solía percibirse como apresurada y poco útil.

Aunque las mujeres valoraban en gran medida un enfoque proactivo, algunas mujeres tenían la sensación de recibir un trato áspero cuando los profesionales prestaban ayuda, de forma directa y práctica pero apresurada, y sin basarse en una buena relación de comunicación.

Enfoque facilitador

La adopción de un estilo facilitador consiste en ayudar a las personas a recurrir a una amplia gama de información y experiencias y apoyarles para que aprendan por sí mismos. Esto se percibió como una forma positiva de apoyo. Una característica fundamental de un enfoque facilitador en la educación o el apoyo es que la información no es unidireccional sino que es interactiva, lo que permite que el "alumno" plantee temas, formule preguntas y explique sus preocupaciones. Esto supone la creación de un diálogo entre el "alumno" y el "docente".

El estilo y la forma en que se ofrecía la información, la ayuda y el apoyo resultaban fundamentales para la percepción de las mujeres.

La información positiva y realista fue muy valorada por las mujeres.

Las mujeres parecían ser conscientes de que "dar el pecho es mejor" y conocían los beneficios, aunque no necesariamente todos. Muchas mujeres deseaban recibir información mucho más detallada para comprender mejor los mecanismos y la variedad de beneficios de la lactancia materna.

Se valoró la ayuda práctica que incluía la observación de la lactancia y la demostración de técnicas y enfoques que podían ser útiles. Para poder llevar a cabo esta actividad, fue necesario dedicarle tiempo.



Enfoque reduccionista

Lo contrario de un enfoque facilitador es un enfoque reduccionista. Este hecho puede estar relacionado con un estilo personal o con una falta de formación eficaz sobre cómo ofrecer educación y apoyo; pero es más probable que se deba a un entorno que no facilita las oportunidades necesarias para que los profesionales y cuidadores trabajen de manera facilitadora.

La forma de interactuar con las mujeres según el estilo reduccionista significa que el profesional de la salud o el cuidador no es partidario de escuchar y preguntar, sino que presupone y explica.

A menudo las mujeres se quejaron de recibir consejos contradictorios en situaciones clínicas de mucho ajetreo en las que los cuidados estaban fragmentados, existían pocas oportunidades para entablar relaciones y se les ofrecían consejos de forma estandarizada y directiva. Varias mujeres describieron el carácter confuso o estresante de los consejos contradictorios que se ofrecían en temas como las posturas y el agarre, la administración de suplementos, la duración y el momento de las tomas, la extracción de leche manual, los protectores de pezón, el reflujo y los cólicos, la mastitis, la pérdida de peso infantil, y la producción de leche.

Muchas mujeres describieron el hecho de haber recibido consejos estandarizados como no adecuados a su situación.

Con un enfoque reduccionista, muchas mujeres no recibieron información de manera efectiva y se sintieron confusas o minusvaloradas.

Implicaciones para la práctica

- Los servicios deben adoptar modelos y acuerdos que hagan hincapié en la relación basada en los cuidados, así como facilitar la prestación de una mayor continuidad de los cuidados y asesoramiento individualizado para las mujeres. **(Grado A)**
- Los cuidadores deben pasar tiempo y proporcionar ayuda práctica a las mujeres que lo necesiten. **(Grado A)**
- La educación prenatal, el asesoramiento posnatal y el apoyo deben estar más centrados en la paciente, y se debe proporcionar información alentadora, realista, y detallada a las mujeres. **(Grado A)**
- La formación en enfermería y obstetricia necesita desarrollar plenamente las capacidades de comunicación e información de las enfermeras y de las matronas. **(Grado A)**
- Los esquemas para ofrecer apoyo de iguales deberían seguir desarrollándose y evaluar su eficacia; estos esquemas deberían incluir a mujeres de todos los grupos socioeconómicos. **(Grado A)**

Agradecimientos

Este *Best Practice information sheet* ha sido elaborado por el Instituto Joanna Briggs y el Centro de Thames Valley de Enfermería y Obstetricia Basada en la Evidencia, un centro colaborador del Instituto Joanna Briggs (Thames Valley Centre for Evidence-Based Nursing & Midwifery), con la ayuda de un equipo de expertos formado por:

- Associate Professor Patricia McInerney, The Witwatersrand Centre for Evidence-based Practice; Centre for Health Science Education, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa.
- Ms Diana Langton, Clinical Midwifery Consultant Breastfeeding, Breastfeeding Centre WA, Australia.
- The New Jersey Center for Evidence Based Nursing: A Collaborating Centre of the Joanna Briggs Institute, University of Medicine and Dentistry of New Jersey School of Nursing, Newark, United States of America.

Tema

Categoría

Estar ahí	Presencia
Mostrar simpatía	
Tomarse tiempo para establecer contacto	
Proporcionar apoyo	
Ser receptivo	
Compartir la experiencia	
Crear una relación	
Información realista	Enfoque facilitador
Información exacta y suficientemente detallada	
Fomento de la lactancia materna	
Fomento del diálogo y la interactividad	
Ofrecer ayuda práctica y una actitud proactiva	
Información y asesoramiento contradictorio	Enfoque reduccionista
Información estándar	
Enfoque didáctico	
Minusvalorar, culpar	Encuentros inconexos
Sentirse presionada	
Comunicar la presión temporal	
No te dedican tiempo	
Sensibles e invasivos	

Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2006 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php#B>
2. Schmied V, Beake S, Sheehan A, McCourt C, Dykes F. A meta-synthesis of women's perceptions and experiences of breastfeeding support. JBI Library of systematic reviews 2009; 7(14):583-614.
3. WHO and UNICEF. Global Strategy for Infant Feeding and Young Child Feeding. Geneva, WHO. 2003
4. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for Breastfeeding Mothers (Review). The Cochrane Collaboration(2) 2007.
5. Hoddinott P, and Pill R. A qualitative study of women's views about how health professionals communicate about infant feeding. Health Expectations 2000; 3(4): 224.
6. Mzingo JN, Davis MW, et al. It wasn't working: women's experiences with short-term breastfeeding. MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing 2000; 25(3): 120-126.
7. Sheehan A, Schmied V, Barclay L. Women's experiences of infant feeding support in the first 6 weeks post-birth. Maternal & Child Nutrition 2009; 5(2): 138-150.
8. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. Int J of Evid Based Healthc 2005; 3(8):207-215.

Versión original traducida al castellano por: Paula García Manchón.

Traducción revisada por: Cintia Escandell García.

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

- The Joanna Briggs Institute
Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital,
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.au
ph: +61 8 8303 4880
fax: +61 8 8303 4881
email: jbi@adelaide.edu.au
- Published by
Blackwell Publishing



WILEY-BLACKWELL

"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

Traducido y difundido por:



Del Instituto Joanna Briggs
para los cuidados de salud basados en la evidencia

Práctica
basada
en la
evidencia

Este *Best Practice Information Sheet* presenta la mejor evidencia disponible sobre este tema. Se incluyen implicaciones para la práctica con la confianza de que los profesionales utilizarán esta evidencia teniendo en cuenta el contexto, las preferencias del paciente y su juicio clínico.⁴