

MÁLAGA

2012



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

TESIS DOCTORAL

FACULTAD DE ENFERMERÍA,  
FISIOTERAPIA, PODOLOGÍA Y TERAPIA  
OCUPACIONAL



# [ EFECTO DEL CONTACTO PIEL CON PIEL CON PADRES DE RECIÉN NACIDOS POR CESÁREA SOBRE LA LACTANCIA MATERNA ]

PRESENTADA POR

**D. CRISTÓBAL RENGEL DÍAZ**

DIRIGIDA POR

**DRA. Dña. MARÍA TERESA LABAJOS MANZANARES**

**DR. D. JOSÉ MIGUEL MORALES ASENCIO**

SPICUM  
servicio de publicaciones





**SPICUM**  
servicio de publicaciones

AUTOR: Cristobal Rengel Díaz

EDITA: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons:  
Reconocimiento - No comercial - SinObraDerivada (cc-by-nc-nd):  
[Http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es)

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización  
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar,  
transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de  
la Universidad de Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)



El/la Dr./Dra. DRA. M<sup>a</sup> TERESA LABAJOS MANZANARES del Departamento de Psiquiatría y Fisioterapia de la Universidad de Málaga y el/la Dr./Dra. DR. JOSÉ MIGUEL MORALES ASECIO del Departamento de Enfermería de la Universidad de Málaga

## CERTIFICAN:

Que el trabajo de investigación presentado por D./D<sup>a</sup> **CRISTÓBAL RENGEL DÍAZ** titulado:

### **EFFECTO DEL CONTACTO PIEL CON PIEL CON PADRES DE RECIÉN NACIDOS POR CESÁREA SOBRE LA LACTANCIA MATERNA**

Ha sido realizado bajo su dirección y consideran que reúne los requisitos y calidad científica necesaria para ser defendido y juzgado por el tribunal de tesis correspondiente, a fin de optar al Grado de Doctor/a por la Universidad de Málaga.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, expiden y firman el presente certificado en Málaga a 11 de abril de 2012

Fdo.:

Fdo.:

Prof./<sup>a</sup> Dr./a. DRA. M<sup>a</sup> TERESA LABAJOS

Prof./<sup>a</sup> Dr./a. DR. JOSÉ MIGUEL MORALES

**CONTENIDO:**

AGRADECIMIENTOS.....	8
CONFLICTO DE INTERESES.....	9
PARTE I. INTRODUCCIÓN.....	10
PARTE II. MARCO TEÓRICO .....	32
CAPÍTULO 1. TEORÍA DE LA ALOSTASIS.....	33
CAPÍTULO 2. TEORÍA DEL APEGO .....	35
PARTE III. MARCO EMPÍRICO .....	39
CAPÍTULO 3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....	40
CAPÍTULO 4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	44
4.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	45
4.2. HIPÓTESIS .....	45
HIPÓTESIS NULA:.....	45
HIPÓTESIS ALTERNATIVA:.....	45
4.3. OBJETIVOS.....	45
OBJETIVO GENERAL: .....	45
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	45
CAPÍTULO 5 . MATERIAL Y MÉTODO .....	46
5.1. DISEÑO:.....	47
5.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO, SUJETOS Y MUESTRA .....	47
5.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: .....	47

5.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	47
5.5. GRUPOS DE ESTUDIO.....	48
5.6. TAMAÑO MUESTRAL.....	48
5.7. VARIABLES.....	49
5.8. PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE LA MUESTRA Y DE LA INTERVENCIÓN.....	51
5.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	53
5.10. AUTORIZACIONES.....	53
5.11. ASPECTOS ÉTICOS.....	54
5.12. RECURSOS HUMANOS.....	54
5.13. ORGANIZACIÓN Y CALENDARIO DE ACTIVIDADES.....	54
CAPÍTULO 6 .RESULTADOS.....	56
6.1. ANÁLISIS UNIVARIANTE.....	57
6.2. ANÁLISIS BIVARIANTE.....	67
CAPÍTULO 7 . DISCUSIÓN.....	93
7.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	100
CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES.....	103
IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN.....	105
IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	105
PARTE IV. BIBLIOGRAFÍA.....	107
PARTE V. ANEXOS.....	118
ANEXO 1.....	119

ANEXO 2 .....	120
ANEXO 3 .....	122
ANEXO 4 .....	126

## GRÁFICOS

Gráfico 1. Frecuencia Edad Padre .....	59
Gráfico 2. Gráfico Q-Q normal de edad padre grupo Comparación .....	59
Gráfico 3. Gráfico Q-Q normal de edad padre grupo Intervención .....	59
Gráfico 4. Frecuencia edad Madre .....	60
Gráfico 5. Gráfico Q-Q normal de edad madre grupo Comparación .....	60
Gráfico 6. Gráfico Q-Q normal de edad madre grupo Intervención .....	60
Gráfico 7. Nacionalidad Padre .....	62
Gráfico 8. Nacionalidad madre .....	63
Gráfico 9. Nivel educacional padres .....	64
Gráfico 10. Nivel educacional madres .....	65
Gráfico 11. Comparación de cuantiles .....	66
Gráfico 12. Tiempo CPP padre .....	68
Gráfico 13. . Duración CPP madre .....	69
Gráfico 14. Prueba U de Mann Whitney .....	72
Gráfico 15. Prueba Kolmogorov Smirnov .....	73

---

Gráfico 16. Minutos que tarda en coger el pecho .....	74
Gráfico 17. Minutos que tarda en coger el pecho Comparación .....	75
Gráfico 18. Minutos que tarda en coger el pecho Intervención .....	76
Gráfico 19. Tipo de Lactancia al alta por grupos .....	79
Gráfico 20. Tipo de Lactancia 6 semanas por grupos.....	82
Gráfico 21. Nivel educativo madre y Lactancia al alta .....	90
Gráfico 22. . Nivel educativo madre y Lactancia 6 semanas .....	91
Gráfico 23. Minutos que tarda y nivel educativo madre .....	92

**TABLAS**

Tabla 1: Variables .....	50
Tabla 2: Organigrama .....	55
Tabla 3: flujo de participantes .....	57
Tabla 4. Pruebas de Normalidad .....	57
Tabla 5: Nacionalidad Padre .....	61
Tabla 6: Nacionalidad Madre .....	62
Tabla 7: Nivel Educativo Padres .....	64
Tabla 8: Nivel Educativo Madres .....	65
Tabla 9: Datos Basales de ambos grupos .....	67
Tabla 10: Estadísticos descriptivos de variables .....	70
Tabla 11: Rangos de minutos en coger pecho y CPP padre .....	74
Tabla 12: Estadísticos de contraste de tabla 11 .....	75
Tabla 13: Duración por grupo CPP madre y padre .....	77
Tabla 14: : Estadísticos de contraste Duración CPP y minutos en coger .....	78
Tabla 15: Tabla de contingencia Lactancia al alta por grupo .....	80
Tabla 16: Pruebas de chi-cuadrado de tabla 15 .....	81
Tabla 17: Tabla de contingencia Lactancia 6 semanas por grupo .....	83
Tabla 18: Pruebas de chi-cuadrado de tabla 17 .....	84
Tabla 19: Tabla de contingencia L. alta agrupadas .....	84
Tabla 20: Pruebas de chi-cuadrado de tabla 19 .....	85



---

Tabla 21: Estimación de riesgo L. al alta.....	85
Tabla 22: Tabla de contingencia L. 6 semanas agrupadas .....	86
Tabla 23: Pruebas de chi-cuadrado de tabla 22 .....	87
Tabla 24: Estimación de riesgo L 6 semanas .....	87
Tabla 25: Tabla de contingencia Duración CPP madre (agrupado) * Tipo de lactancia a las 6 semanas.....	88
Tabla 26: Tabla de contingencia Nivel educacional y Lactancia al alta.....	89

---

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la ayuda de todas y todos los profesionales de todas las categorías implicadas en este proceso: matronas, supervisora, enfermeras, auxiliares de enfermería, residentes de matronas y de ginecología y obstetricia, neonatólogos, obstetras y anesestesiólogos de los Servicios de Parto, Fisiología Fetal, Neonatología y Planta de Maternidad del Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Especialmente quiero agradecer su participación a Doña Carmen Montes LLuch, Doña Mónica López Córdoba, Doña Tamara Torrontegui Pérez, Doña Gema Pulido Pascual, y Doña Patricia Sánchez Ruiz, por su incondicional apoyo en todo el trabajo.

A Doña María del Carmen Marín Rojano, enfermera de la unidad de puérperas del Hospital Materno Infantil de Málaga, por su ayuda altruista en la recogida de casos en ese hospital

A la Doctora María Teresa Labajos Manzanares y al Doctor José Miguel Morales Asencio como directora y codirector de esta tesis por sus aclaraciones, disponibilidad y bien hacer en todo este trabajo.

Al Doctor Francisco Javier Barón López por su desinteresado apoyo y ayuda en el manejo estadístico de los datos.

Finalmente agradecer y dedicar este trabajo a mis padres y familia por el tiempo que les he robado de estar con ellos para poder llevar a cabo este trabajo.

---

## CONFLICTO DE INTERESES

El autor de esta tesis doctoral declara no tener ningún conflicto de interés con terceras personas o instituciones que potencialmente podrían haber influido en los resultados del estudio. La investigación se ha llevado a cabo sin financiación de ninguna entidad.



**PARTE I. INTRODUCCIÓN**

---

En la biología de los mamíferos, el mantenimiento del medio materno después del nacimiento es necesario para suscitar las conductas innatas del neonato y de la madre, que conducen a una lactancia satisfactoria y, por lo tanto, a la supervivencia. La separación de este medio produce un llanto inmediato por angustia y una conducta de "protesta o desesperación". Alberts aboga por un enfoque adaptativo, ecológico para el estudio del aprendizaje en los bebés, aplicando los conceptos de "nicho de desarrollo" y "adaptación de ontogenética" al desarrollo precoz del mamífero (Alberts, 1994).

Nils Bergman, director de la maternidad de Mowbray en Ciudad del Cabo (Sudáfrica) habla de términos similares a los de Alberts como "nido" y "hábitat", entendiendo por este último, el lugar donde un comportamiento es capaz de expresarse (en este caso la lactancia) y por "nido" a las necesidades fisiológicas básicas. (Bergman, 2000)

Dentro de este marco conceptual, el aprendizaje es concebido en una doble dimensión conductual y fisiológica. Así, los mamíferos tienen una secuencia de comportamientos dirigidos a iniciar y mantener la lactancia (Rosenblatt, 1994) que ponen en evidencia el papel de aprendizaje en el desarrollo del comportamiento de la ingesta, especialmente el amamantamiento y la transición a alimentos sólidos.

Según Alberts, este enfoque permite una aproximación alternativa al estudio del aprendizaje de los lactantes y es aplicable el estudio a algunos aspectos clínicos, como por ejemplo, las adaptaciones a los estilos de vida actuales y las contingencias derivadas que pueden generar alteraciones, como por trastornos de la alimentación y de las etapas del aprendizaje ya que la interacción entre los padres e hijos y la regulación del medio ambiente pueden afectar al desarrollo en formas que afecten a la salud.

En estudios con roedores, las crías que recibieron menos atención de sus madres fueron las que presentaron problemas conductuales y de salud a lo largo de la vida (Plotsky et al., 2005)

---

### ***El contacto piel con piel***

En la madre, el contacto piel a piel (CPP) a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor, es un potente estimulante vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna (Winberg, 2005). La oxitocina produce un incremento de la temperatura de la piel de las mamas de la madre, que proporciona calor al recién nacido. La oxitocina antagoniza el efecto de lucha / huida, lo que reduce la ansiedad materna y aumenta la tranquilidad y la receptividad social (Klaus et al., 1972).

Durante las primeras horas después del nacimiento, es posible que la oxitocina también estimule las conductas de crianza.

Los resultados del contacto piel a piel para las madres indican un mejor vínculo o apego, un mayor sentido de control y autoperfeccionamiento, y por ende, una mayor confianza (D. D. Affonso, Wahlberg, & Persson, 1989). Según Dennis, el sentido de control y la confianza son resultados pertinentes porque predicen la duración de la lactancia (Dennis, 1999), habiéndose detectado cómo las mujeres con poca confianza en la lactancia presentan tres veces más riesgo de un destete prematuro (O'Campo, Faden, Gielen, & Wang, 1992).

En 1958 Harry Harlow hizo experimentos con bebés de macacos viendo como éstos preferían el cálido contacto de una “madre” de alambre rellena de suaves tejidos a una fría “madre” de alambre que sólo poseía un biberón para alimentarlos. Las crías de monos permanecían más tiempos con las “madres” de trapo que con las del biberón (Harlow, 1958)

Cerezo et al. destacan la importancia de los factores estresantes en las madres mostrando cómo estados emocionales negativos por inadecuada autorregulación materna ante estresores, afectan sus habilidades atencionales y estadios del procesamiento de las señales infantiles, que conducen a actuaciones menos sensibles: respuestas inoportunas, asincrónicas, particularmente insatisfactorias cuando el bebe manifiesta quejas/llanto, porque no le proporcionan la autorregulación emocional

---

necesaria. Esta regulación tiene que ver con el proceso de alostasis que se detallará más adelante dentro del marco teórico.

Las autoras hacen un estudio microsocioal donde se exploran perfiles interaccionales secuenciales de reacciones maternas a conductas infantiles positivas/neutras vs. difíciles y los compara en dos grupos de diadas, uno con madres con alto nivel de factores negativos para la parentalidad y otro con bajo nivel. Cuando el antecedente es conducta infantil difícil, el niño llora o está molesto, el grupo BAJO mostró relaciones secuenciales positivas y significativas con conducta materna sensible de afecto positivo y de instrucción (en ambos casos:  $z > 3.27$ ;  $p < .001$ ). Además, la conducta difícil del bebé inhibió la conducta afectuosa intrusiva, como indica el valor negativo obtenido ( $z = -2.41$ ;  $p < .05$ ). En el grupo ALTO hubo relaciones secuenciales significativas para conducta infantil difícil con conducta sensible neutra y con instrucción (ambos casos:  $z > 3.27$ ;  $p < .001$ ). (Cerezo, Trenado, & Pons-Salvador, 2006).

Los recién nacidos a término sanos utilizan un conjunto de conductas innatas específicas a la especie inmediatamente después del parto cuando son colocados en contacto piel a piel con la madre. Localizan el pezón por medio del olfato y presentan una mayor respuesta a las señales olfativas en las primeras horas después del nacimiento. Además, tienen la capacidad de "memorizar" sensaciones olfativas, de manera que pueden reconocer el olor corporal materno (Stevenson, 2010), al parecer por impulsos bioquímicos que se inician en el útero a través del líquido amniótico (Porter & Winberg, 1999).

Este "período de reconocimiento sensible" predispone o prepara a las madres y a los recién nacidos para que desarrollen pautas de interacción sincrónicas y recíprocas, siempre y cuando estén juntos y en contacto íntimo.

Se ha visto cómo los recién nacidos que pasan más de 50 minutos en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento, presentan hasta ocho veces más probabilidades de lactar de forma espontánea, poniendo de relieve cómo el

---

tiempo de contacto piel a piel puede ser un componente crítico en lo que respecta al éxito de la lactancia (Gómez Papí et al., 1998).

El contacto precoz piel con piel, consiste en la colocación del recién nacido desnudo en posición decúbito prono sobre el torso desnudo de la madre, o el padre, apenas nace o poco tiempo después. El fundamento para el contacto piel a piel se basa en estudios realizados en animales, en los que se demostró que ciertas conductas innatas necesarias para la supervivencia de los neonatos dependen del hábitat (Alberts, 1994)

Es posible que los recién nacidos a los que se les permite un contacto piel a piel continuo inmediatamente después del nacimiento y que se prenden por sí solos al pezón de la madre, puedan continuar la lactancia con mayor eficacia. La lactancia eficaz aumenta la producción de leche y el peso del recién nacido (Dewey, Nommsen-Rivers, Heinig, & Cohen, 2003).

Anderson utilizó el contacto piel a piel como una intervención para 48 díadas de madres y neonatos a término sanos con problemas en la lactancia identificados entre 12 a 24 horas después del nacimiento. El contacto piel a piel se proporcionó durante las tres lactancias consecutivas. La lactancia materna fue exclusiva en el 81% de estas díadas al alta hospitalaria, en el 73% a la semana, y en el 52% un mes después del nacimiento. En este mismo estudio, la medición de las temperaturas se realizó antes (inicio), durante y después de cada lactancia materna con contacto piel a piel. Las temperaturas iniciales alcanzaron, y permanecieron, en el rango termoneutral (Chiu, Anderson, & Burkhammer, 2005), lo que indica que las madres poseen la capacidad de regular la temperatura del neonato si se les ofrece la oportunidad de lactar en contacto piel a piel (Anderson, Radjenovic, Chiu, Conlon, & Lane, 2004). Debido a que estas madres y sus neonatos presentaban dificultades en la lactancia, es lógico asegurarle al personal del hospital y a los padres que los recién nacidos sanos, con o sin dificultades en la lactancia, pueden lactar de forma segura en contacto piel a piel en lo que respecta a la temperatura.

La influencia en la lactancia materna ha sido estudiada en metanálisis anteriores con neonatos a término, hallándose cómo el contacto temprano se asoció con una



---

lactancia materna continua. El simple hecho de alterar las rutinas hospitalarias puede aumentar los niveles de lactancia en el mundo desarrollado (Rogers, Emmett, & Golding, 1997).

Mikiel-Kostyra (Mikiel-Kostyra, Boltruszko, Mazur, & Zielenska, 2001) y col. utilizando un diseño de estudio prospectivo de cohorte estudiaron la influencia del contacto piel a piel después del nacimiento en la lactancia materna analizando un grupo de 1.250 niños polacos hasta los tres años de edad. La implementación de esta práctica aumentó significativamente la duración media de la lactancia materna exclusiva por 0,4 meses y la lactancia materna mixta en 1,4 meses. El efecto de la duración del contacto piel a piel después del nacimiento también se observó en que los niños que se mantienen con las madres por lo menos 30 minutos fueron 1,2 meses más alimentados exclusivamente con leche materna y 1,7 meses destetados más tarde que los que tenían el contacto materno más corto.

Moore y col en su revisión sistemática sobre el CPP temprano analizaron 30 estudios de los que 29 eran ensayos clínicos aleatorizados (Moore, ER, Anderson, GC, & Bergman, N, 2008). De los análisis de estos trabajos se extrajeron diez medidas de resultado con significación estadística:

1. Estado de la lactancia desde 28 días a un mes después del nacimiento
2. lactancia entre uno y cuatro meses después del nacimiento.
3. Duración de la lactancia en días
4. Frecuencia respiratoria de 75 minutos a dos horas después del nacimiento.
5. Frecuencia cardíaca de 75 minutos a dos horas después del nacimiento.
6. temperatura axilar de 90 minutos a dos horas después del nacimiento.
7. Duración de la estancia hospitalaria en horas.
8. cariño / contacto afectivo durante la lactancia de 36 a 48 horas después del nacimiento
9. La madre besa al niño durante una observación de juegos tres meses después del nacimiento

---

10. conducta materna de establecimiento de contacto visual frontal durante una observación de juegos tres meses después del nacimiento.

Sobre el estado y duración de la lactancia el contacto piel a piel temprano produjo un mejor rendimiento general estadísticamente significativo en todas las medidas del estado de la lactancia. Respecto de la lactancia exitosa y los movimientos de succión del neonato encontraron que los neonatos sostenidos en contacto piel a piel presentaron más del doble de probabilidades de lactar de forma exitosa durante la primera alimentación después del nacimiento que los neonatos sostenidos por sus madres envueltos en mantas. También encontraron que el contacto piel a piel y la protractilidad del pezón de la madre contribuyeron por igual a la variación en las puntuaciones de la Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT), Herramienta de Evaluación de la Lactancia Infantil del neonato (Anexo 1). Los neonatos sostenidos en contacto piel a piel también lograron una lactancia efectiva después del nacimiento antes que los neonatos envueltos en mantas. Los neonatos sostenidos en contacto piel a piel inmediatamente después del nacimiento y que lactaron en el pecho de su madre exhibieron significativamente más movimientos de succión cuando fueron expuestos al olor de la leche de su madre en una almohadilla filtrante cuatro días después del nacimiento que los neonatos separados de sus madres a las 24 horas después del nacimiento. Los neonatos sostenidos en contacto piel a piel también mostraron una mayor diferencia en la frecuencia de movimientos de succión cuando fueron expuestos a la leche de su madre o de otra madre en una almohadilla filtrante, comparados con los neonatos del grupo control.

En cuanto a la hiperemia de las mamas, maduración de la leche y cambios en el peso del neonato no se observaron diferencias entre los grupos en cuanto a la circunferencia torácica de la madre tres días después del nacimiento o en cuanto a la maduración de la leche materna; o sea, la evolución del calostro a la leche madura. Tampoco se encontraron diferencias en el cambio del peso corporal del neonato 14 días después del nacimiento y el dolor por hiperemia de las mamas fue menor para las

---

madres del grupo de contacto piel a piel que para las madres sin contacto piel a piel al tercer día después del nacimiento.

En esta misma revisión de Moore y col, sobre los sentimientos maternos señala que las madres que sostuvieron a sus neonatos en contacto piel a piel mostraron una preferencia fuerte por el mismo tipo de atención postparto en el futuro (86%) mientras que sólo el 30% de las madres que sostuvieron a sus neonatos envueltos en mantas indicó que sin duda preferiría este tipo de atención en el futuro. Las madres que sostuvieron a sus neonatos en contacto piel a piel presentaron un menor estado de ansiedad a los tres días después del nacimiento y más confianza sobre sus capacidades de cuidado infantil al alta hospitalaria que las madres del grupo control separadas de sus neonatos a las cuatro hasta 24 horas inmediatamente después del nacimiento. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las percepciones de la madre sobre lo adecuado de su aportación de leche; el número de problemas en la lactancia; o la confianza en la crianza un mes después del nacimiento entre las madres que sostuvieron a sus neonatos en contacto piel a piel o envueltos en mantas.

Resumiendo, los resultados de esta revisión demostraron un efecto positivo estadísticamente significativo sobre el éxito de la primera lactancia materna, el estado de la lactancia al tercer día después del nacimiento, la lactancia materna uno a cuatro meses después del nacimiento, la duración de la misma, el dolor por hiperemia de las mamas, el estado de ansiedad y el reconocimiento del neonato del olor de la leche de su madre. También fue estadísticamente significativo el mantenimiento de la temperatura del neonato en el rango térmico neutral, el llanto del neonato, los movimientos de flexión, la glucemia, y el mantenimiento de los parámetros fisiológicos. Todas las diferencias significativas favorecieron al grupo de contacto piel a piel. Se observaron diferencias significativas entre los grupos a favor de las madres del grupo de contacto piel a piel en las puntuaciones globales del contacto afectivo y la conducta de contacto temprano después del parto, así como sostener al neonato y

---

establecer contacto afectivo al año. Las madres también indicaron que prefirieron tener contacto piel a piel que sostener a sus neonatos envueltos en mantas. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en el estado de la lactancia 28 días a un mes después del nacimiento, la maduración de la leche materna, el cambio del peso corporal del neonato, el número de problemas en la lactancia, las percepciones de la madre de lo adecuado de su aportación de leche, la frecuencia cardíaca del neonato, la frecuencia respiratoria, la duración de la estancia hospitalaria o la necesidad de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. En esta revisión, no se observaron efectos negativos significativos del contacto piel a piel temprano.

También Ransjö-Arvidson y col han estudiado el efecto de la analgesia durante el parto concluyendo que interfieren a los comportamientos de los recién nacidos en cuanto a lactancia, llanto y regulación térmica. (Ransjö Arvidson et al., 2001)

Bystrova K et al llevaron a cabo un estudio para evaluar y comparar los posibles efectos a largo plazo sobre la interacción madre-hijo de las prácticas utilizadas en los paritorios y salas de maternidad, incluidas las prácticas relativas a la cercanía de madre y lactante frente a la separación. Un total de 176 parejas madre-hijo fueron distribuidos aleatoriamente en cuatro grupos experimentales: Grupo I se colocaron los niños piel con piel con sus madres después del nacimiento, y había alojamiento conjunto en la sala de maternidad. Grupo II se vestían los niños y luego se colocaban en los brazos de sus madres después del nacimiento, y había alojamiento conjunto en la sala de maternidad. Grupo III los niños se mantuvieron en el nido después de su nacimiento y también mientras sus madres estaban en la sala de maternidad. Grupo IV los niños se mantuvieron en el nido después del nacimiento, pero había alojamiento conjunto en la sala de maternidad. Igual número de recién nacidos fueron envueltos o vestidos con ropa de bebé. Se observaron episodios de lactancia precoz en los

---

paritorios. La interacción madre-hijo fue grabada con arreglo a la Evaluación de las Relaciones Tempranas de Padres- Hijos (PCERA) 1 año después de su nacimiento. En los principales resultados las autoras comentan que la práctica del contacto piel con piel, la lactancia precoz, o durante las primeras 2 horas después del parto en comparación con la separación entre las madres y sus recién nacidos afectó positivamente a las variables PCERA de sensibilidad materna, a la autorregulación de los bebés, y la reciprocidad a 1 año después de su nacimiento. El efecto negativo de una separación de 2 horas después de su nacimiento no fue compensado por la práctica de alojamiento conjunto. Estos hallazgos apoyan la presencia de un período después del nacimiento (el "período sensitivo") en el que un estrecho contacto entre la madre y el bebé puede provocar a largo plazo efectos positivos en la interacción madre-hijo. Además, se encontró que el involucramiento del niño disminuye la respuesta de la madre al bebé, su capacidad de implicación afectiva positiva con el bebé, y la mutualidad y la reciprocidad de la diada. Concluyen exponiendo que el contacto piel con piel, durante 25 a 120 minutos después del nacimiento, la lactancia temprana, o ambos, influyen positivamente en la interacción madre-hijo 1 año más tarde, en comparación con las rutinas que impliquen la separación de la madre y del bebé (Bystrova et al., 2009).

### ***El contacto paterno con el neonato***

Respecto al papel del padre, éste aún sigue relegado en muchas instituciones donde ocurren los nacimientos a un segundo plano o a un papel de mero espectador. Los hombres pueden llegar a sentirse los grandes olvidados durante la gestación, tal vez porque, inconscientemente, la sociedad piensa que la sensibilidad, los miedos, la ansiedad y las dudas son atributos femeninos y por ello se les excluye. Ante el desafío que significa asumir un rol distinto a aquel para el que uno ha sido preparado, el varón se implica emocionalmente deseando al bebé y compartiendo con la mujer todas las

---

actividades y controles propia de la gestación; pero sintiéndose un observador externo (Rengel Díaz, C, 2006).

Los sentimientos del padre sobre el contacto piel a piel temprano y su satisfacción con la experiencia del nacimiento son importantes y pertinentes, pero requieren métodos cualitativos y podría constituir una posterior investigación mucho más amplia en este sentido.

Cabrera y col (Cabrera, Tamis-LeMonda, Bradley, Hofferth, & Lamb, 2000) han estudiado la paternidad en el siglo XXI explicando que el siglo XX se ha caracterizado por cuatro importantes tendencias sociales que han cambiado radicalmente el contexto socio-cultural en el que los niños se desarrollan: el aumento de las mujeres en el campo laboral, la ausencia cada vez mayor de padres que no comparten el hogar en las vidas de sus hijos, una mayor participación de los padres de familias no separadas, y el aumento de la diversidad cultural en los EE.UU. En este trabajo, se discute cómo estas tendencias están cambiando la naturaleza de la participación del padre y la vida familiar, y, a su vez afectan a los niños y las trayectorias del desarrollo paterno. Han examinado cómo los niños de hoy se construyen sus expectativas sobre el papel de los padres y madres para que estos se conviertan en los padres del mañana. Este enfoque de la paternidad tiene en cuenta el contexto socio-histórico más amplio en el que se desarrolla la paternidad, y hace hincapié en la urgente necesidad de considerar las madres, padres, y la estructura familiar en investigaciones futuras a medida que tratamos de comprender y modelar los efectos de la crianza en el desarrollo de los niños.

Condon y col (Condon & Dunn, 1988) sugieren en su trabajo, que una minoría significativa de los padres experimentan una primera impresión indiferente o negativa de su bebé al nacer que podrían ejercer un efecto perdurable en detrimento de la relación padres-hijo. Los autores desarrollaron un modelo para predecir la naturaleza de la primera impresión con las actitudes hacia el niño por nacer que se desarrollan durante el embarazo y la experiencia de los padres en el parto. En este trabajo se

---

presentaron datos empíricos de más de 100 parejas donde los padres prestan algún tipo de apoyo para el modelo. Se hizo una revisión de la literatura sobre la unión de los padres y el bebé y parece proporcionar un apoyo adicional para la validez de este enfoque.

En Perth (Australia), Tohota y col. llevaron a cabo un estudio exploratorio cualitativo del apoyo paterno durante la lactancia con 76 padres concluyendo que compartir la experiencia del nacimiento y de la lactancia era percibido como el mejor resultado para la mayoría de padres y madres y el apoyo paterno físico, emocional y práctico durante la lactancia era identificado como un factor para promover la lactancia de una forma exitosa y enriquecer la experiencia de las madres y por tanto de los padres (Tohota et al., 2009).

Un estudio cualitativo hermenéutico de Fegran y col (Fegran, Helseth, & Fagermoen, 2008) abordó el apego de padres y madres en neonatos ingresados en la unidad de cuidados intensivos. El análisis de las entrevistas revelaron dos categorías principales. "*Tomado por sorpresa*": Para las madres, el nacimiento prematuro crea un sentimiento de impotencia tan surrealista y extraño experimentado en el período postnatal inmediato. Los padres viven la experiencia del nacimiento como un shock, pero están dispuestos a participar de inmediato. "*Establecimiento de una relación*": las madres experimentaron la necesidad de recuperar una relación perdida temporalmente con sus hijos, mientras que los padres experimentaron el comienzo de una nueva relación. Un estudio de Velandia y col (Velandia, Matthisen, Uvnäs-Moberg, & Nissen, 2010) estudiaron la interacción vocal de los niños en contacto piel con piel en cesáreas electivas con padres y madres observando que cuando se colocan en CPP a la exposición del lenguaje de los padres, los bebés iniciaron la comunicación con llamadas solicitando a los padres en aproximadamente 15 minutos tras el nacimiento. Estos hallazgos dan motivos para animar a los padres a mantener a los recién nacidos en contacto piel con piel después de una cesárea y así apoyar el inicio temprano de la comunicación vocal.

---

Además y curiosamente, según este estudio, los bebés en contacto piel a piel con sus padres lloraron significativamente menos que quienes estuvieron en contacto piel a piel con sus madres ( $p = 0,002$ ) y pasaron a un estado de relajación antes que en el grupo de contacto piel con piel con sus madres ( $p = 0,029$ ).

Un Ensayo Clínico Aleatorizado de 2009 de Tessier, Natalie Charpak y otros (Tessier et al., 2009) estudiaron en los cuidados canguros, la implicación del padre en estos cuidados en el hogar en el primer año de vida. Los resultados de este estudio determinaron que:

1. Las madres canguros crean un contexto más estimulante y un mejor ambiente de cuidado que las madres del grupo de atención tradicional.
2. El medio ambiente se correlacionó positivamente con la participación del padre.
3. El entorno familiar de los bebés masculinos fueron los que más mejoraron en Cuidados Madre Canguro.

Sobre la implicación paterna en este estudio, los autores señalan que el impacto positivo de la participación del padre no es algo nuevo per se, sino que representa un importante resultado de esta intervención de 24 horas al día, donde los procedimientos Madre Canguro involucran al padre como un proveedor directo de la atención diaria en las rutinas del hogar. Esta alta participación del padre recientemente también se ha documentado en otros estudios donde los padres canguro eran más sensibles y proporcionan un ambiente de hogar mejor y tenían una percepción más positiva del niño. La interpretación de los autores es que a medida que se convierten en co-responsables (con la madre) para la salud del niño desde el momento de la utilización de la primera posición de transporte, también se sienten más involucrados y desarrollan una mayor sensibilidad de acercamiento a sus bebés que los padres de la atención tradicional. Sugieren además, que la introducción temprana de los Cuidados Madre Canguro después del nacimiento lleva a la



---

participación del padre de una forma mayor, donde éste se vuelve orgulloso de su pequeño bebé y es más probable que le ayude a crecer mejor.

Johnston y col llevaron un estudio sobre los procedimientos dolorosos en bebés con cuidados canguro midiendo si los pinchazos en el talón eran más dolorosos si estaban con el padre o con la madre. El procedimiento que seguían era que durante 2 pinchazo de talón prescritos por los facultativos con al menos 24 horas de separación, los niños eran mantenidos en cuidados canguros 30 minutos antes y durante el procedimiento; bien con el padre o con la madre. En la siguiente sesión se alternaba el progenitor. El orden sobre quién hacía los cuidados canguros primeramente era asignado de forma aleatoria.

En los resultados observaron que a los 30 y 60 segundos después del pinchazo, los niños en cuidados canguros con la madre mostraban resultados significativamente más bajos en la escala Premature Infant Pain Profile que cuando estaba con el padre. A los 30 segundos, la diferencia media era de 1.435 [IC al 95%, 0.232-2.632]; a los 60 segundos, la diferencia media era de 1.548 [IC al95%, 0.069-3.027]); entre 90 y 120 segundos no hubo diferencias significativas. Sí hubo diferencias significativas en retornar a la frecuencia cardíaca inicial de los cuidados canguros tras el pinchazo. 204 segundos en los cuidados maternos y de 246 segundos en los paternos (diferencia media, 42 segundos [ IC 95% 5.16-81.06 segundos]). Los autores concluyen que las madres fueron ligeramente más eficaz que los padres en la disminución de la respuesta al dolor (Johnston, Campbell-Yeo, & Fillion, 2011).

Brett y col refieren en una revisión sistemática como el nacimiento de un bebé prematuro puede ser una experiencia abrumadora por la culpa, el miedo y la impotencia de los padres. Según los autores poner a disposición intervenciones para apoyar y comprometer a los padres en el cuidado de su bebé puede mejorar los resultados tanto para los padres como para el RN. El objetivo de esta revisión sistemática es identificar y mapear las intervenciones eficaces para la comunicación

---

con el apoyo y suministro de información para los padres de recién nacidos prematuros. De los 72 estudios identificados, 19 trabajos fueron ensayos controlados aleatorios, 16 fueron de cohorte o cuasi- estudios experimentales, y 37 estudios eran no-intervención. Se informó sobre las intervenciones para apoyar, comunicarse, y proporcionar información a los padres que han tenido un bebé prematuro. En los resultados los padres informan que se sienten apoyados a través de los programas individualizados de atención orientada al desarrollo y de comportamiento que se enseñan a través de escalas conductuales de evaluación, y a través de la lactancia materna, cuidados canguros y programas de masaje para bebés. Los padres también se sintieron apoyados a través de los grupos de apoyo organizados y mediante la provisión de un ambiente donde éstos pueden reunirse y apoyarse mutuamente. El estrés de los padres puede reducirse a través de programas individuales de atención orientada al desarrollo, la psicoterapia, intervenciones que enseñan habilidades de afrontamiento emocional, la resolución de problemas, y la escritura de un diario. La evidencia informa de la importancia de preparar a los padres con una visita de la unidad neonatal y la importancia de una buena comunicación a lo largo de la fase de admisión bebé y después de alta hospitalaria. Proporcionar información individualizada del niño basado en la web, posibilidad de consultar la historia de las consultas médico-paciente y entregar una carpeta con toda la información también puede mejorar la comunicación con los padres. También se informó de la importancia de la planificación del alta durante toda la fase de admisión del niño y la importancia de programas de apoyo domiciliarios. Los autores concluyen que aunque el nivel de evidencia es variado, se deberían de tener en cuenta estos aspectos a la hora de elaborar políticas hospitalarias (Brett, Staniszewska, Newburn, Jones, & Taylor, 2011).

Magill- Evans y col en estudios recientes han indicado que los padres también contribuyen al desarrollo del niño, pero poco se sabe acerca de qué tipos de intervenciones con los padres son eficaces para responder las interacciones padre-hijo y promover la sensibilidad. Las intervenciones incluyeron masaje infantil, la observación y modelización del comportamiento con el bebé, el método canguro, la

---

participación con el niño en un programa preescolar, grupos de discusión, y los programas de capacitación para padres. Los autores concluyeron que aunque el número de estudios de intervención es limitado, hay evidencia de que las intervenciones con la participación activa con los hijos o la observación del padre de éstos, la intervención puede ser efectiva en la mejora de la interacción del padre y una percepción positiva del niño. Hay menos información sobre cómo las intervenciones influyen en el desarrollo del niño y se necesitan más investigación para determinar la influencia de las intervenciones a través del tiempo, la influencia diferencial sobre las madres y padres, y la dosis óptima de intervención necesaria (Magill-Evans, Harrison, Rempel, & Slater, 2006).

Tulman desarrolló el cuestionario IFS-F (Inventory of Functional Status- Fathers) en 1993, que explora los roles de paternidad. Según la autora, el estatus funcional después de la paternidad es un proceso que requiere que los hombres asuman sus responsabilidades en el desempeño del rol paternal e integre nuevos roles a las actividades que tenían anteriormente al nacimiento. Este test fue desarrollado para medir el grado en que los hombres continúan o aumentan sus actividades habituales en el mantenimiento del hogar, sociales y comunitarias, cuidado de los niños, cuidado personal, profesional y actividades educativas y asumir responsabilidades de cuidado infantil durante los embarazos de sus parejas y el puerperio. El IFS-F puede utilizarse para evaluar el estado funcional de los hombres durante afrontamiento de la paternidad con fines clínicos y de investigación. (Tulman, Fawcett, & Weiss, 1993). Este cuestionario también ha sido utilizado en trabajos como el de McVeigh (C. A. McVeigh, 1997) (C. McVeigh, St John, & Cameron, 2005) donde se estudiaron a 128 padres de Australia para ver el grado de implicación en los cuidados del hogar y el mantenimiento de su familia después de seis semanas tras el parto, o el de Sevil (Sevil & Özkan, 2009) donde determinaron el estatus funcional del roles paternos de 3750 padres durante el embarazo y seis semanas posparto.

---

Un trabajo cualitativo realizado por un equipo del que formó parte este investigador y presentado al VI Congreso español de Lactancia materna, exploró los sentimientos y conductas de padres que han tenido un contacto inmediato piel con piel con sus bebés mediante un diseño cualitativa descriptiva fenomenológica eidética mediante grupos de discusión con padres que han hecho contacto inmediato piel con piel con sus bebés mientras la madre se recuperaba de una cesárea, en el que se extraen las siguientes categorías de análisis: Perfil sociodemográfico, experiencias y conocimientos previos sobre el embarazo y el CPP, contacto piel con piel y sentimientos y emociones. Los autores concluyen que el padre puede continuar procurando el hábitat adecuado para el desarrollo del neonato para que pueda iniciar posteriormente la lactancia materna de una forma más relajada y menos traumática, y sentirse partícipe del proceso del nacimiento en ausencia de su madre preferible a la separación del mismo en cunas térmicas. (López Córdoba et al., 2011)

Por último, pero no menos importante, las prácticas culturales en el afrontamiento de la crianza de los recién nacidos han sido estudiadas por Harkness y Super (Harkness & Super, 1983) llegando a considerar las experiencias en la niñez como una variable independiente y el comportamiento en la edad adulta como una variable dependiente de la anterior, por lo que el desarrollo en la infancia constituye un marco de trabajo en la socialización de los afectos. Prácticas como el colecho (compartir la cama con su hijo o hija durante el sueño) o ritos como la circuncisión, ablación, etc. crean una impronta en el carácter de los niños que se manifestará, según los autores, en la edad adulta.

### ***Cesárea y lactancia***

Centrándonos en la cesárea como técnica de nacimiento, que contrariamente a lo que se creía, el nombre no viene por la forma de nacer el emperador Julio César. Cuenta Michel Odent que si esto hubiese sido así, su madre Aurelia no hubiese podido llegar a ser la consejera de su hijo adulto (Michel Odent, 2009).

---

En su libro *“La cesárea ¿problema o solución?”* el autor cuenta que en el siglo VIII A.C., Numa Pompillus estableció una ley que imponía un nacimiento post-mortem en el caso de muerte durante el parto. Esta ley continuó en vigor durante el mandato de distintos emperadores romanos, y se la llamó *Lex Caesarea*. Según Odent, *caesere* era el verbo latino que designaba cortar, y de aquí deriva la palabra *cesárea*.

En la mitología esta técnica aparece frecuentemente, como por ejemplo cuando Esculapio, dios de la Medicina, nació cuando Apolo abrió el abdomen de su amada Coronis, que había sido ejecutada por infidelidad.

Con el avance de la Medicina, pasó de estar reservada a la situación trágica de muerte materna anteparto, a ser una técnica primordial en la solución de dificultades obstétricas para intentar minimizar el riesgo materno y fetal, de tal forma que según Odent, se puede decir que los profesionales que están directamente implicados en el nacimiento consideran la cesárea *“como una intervención que se realiza hoy día con mucha seguridad”*. Según el autor, es significativo el número de ginecólogas que escogen la cesárea para el nacimiento de sus propios bebés (Michel Odent, 2009).

Pero esta intervención no está exenta de riesgo y su sistematización puede causar agravamiento en el importante momento de nacer, como es la adaptación al mundo, la creación del vínculo, la colonización de gérmenes maternos, y el inicio de la lactancia que es el tema que nos ocupa.

Gouchon y col llevaron a cabo un estudio para comparar las madres y los recién nacidos midiendo la temperatura después del parto por cesárea cuando se practicó el CPP (el bebé desnudo, salvo por un pequeño pañal, cubierto con una manta, boca abajo en el pecho de la madre) con los cuidados rutinarios de asistencia al RN (vestido, en la cuna o en la cama de la madre) a las 2 horas a partir de cuando la madre regresó de la sala de operaciones. Mediante un ensayo experimental de 34 pares de madres y recién nacidos, después de una cesárea electiva, se asignaron al azar a CPP (n = 17) o a la atención habitual (n = 17). La temperatura de la arteria temporal fue tomada con un termómetro de rayos infrarrojos en intervalos de media hora.

---

En comparación con los recién nacidos que recibieron cuidados de rutina, el CPP en los recién nacidos por cesárea no estaban en riesgo de hipotermia. Las temperaturas medias de ambos grupos fueron casi idénticas: después de 30 minutos, 36,1 grados C para ambos grupos (+ / -0,4 ° C para el CPP y + / -0,5°C para los controles), y después de 120 min, 36,2 ° C + / - 0,3 grados C para el CPP frente a 36,4 grados C + / - 0,7 ° C para los controles (las diferencias no son significativas). Tiempo de las madres en regresar a su habitación tras el parto fue de 51 + / - 10 min. Los recién nacidos en CPP agarraron al pecho antes (nueve recién nacidos en CPP frente a cuatro controles después de 30 minutos. Además fueron alimentados con leche materna (exclusiva o mixta) al momento del alta 13 en CPP frente a 11 controles) y a los 3 meses 11 en CPP vs 8 controles). Las madres que realizaron CPP expresaron niveles más altos de satisfacción con la intervención

Concluyen los autores que los recién nacidos por cesárea que están en CPP dentro de la primera hora no experimentaron riesgo de hipotermia (Gouchon et al., 2010).

Zanardo et al (Zanardo et al., 2010) estudiaron el efecto de la cesárea sobre la lactancia materna y observaron que la prevalencia de la lactancia materna en la sala de parto fue significativamente más alta después del parto vaginal en comparación con el de después de un parto por cesárea (71,5% frente al 3,5%,  $p < 0,001$ ). En los recién nacidos por cesárea se produjo un intervalo más largo entre el nacimiento y el inicio de la lactancia materna (media  $\pm$  SD, horas,  $3,1 \pm 5$  vs  $10,4 \pm 9$ ,  $p < 0,05$ ). No se encontraron diferencias en las tasas de lactancia materna entre la cesárea electiva y los grupos de cesárea urgente. En comparación con la cesárea electiva, el parto vaginal se asoció con una mayor tasa de lactancia materna al alta hospitalaria y en el seguimiento posterior de los pasos (7 días, 3 meses y 6 meses de vida). Por tanto, la cesárea electiva y la emergente son igualmente asociadas con una menor tasa de lactancia materna exclusiva en comparación con el parto vaginal. La incapacidad de las mujeres que han sufrido una cesárea para amamantar cómodamente en la sala de

---

parto y el puerperio inmediato parece ser la explicación más probable para esta asociación.

Doganay y Avsar con el objetivo de comparar el momento en que empieza la lactancia y la cantidad de leche producida en 24 horas en varios grupos de mujeres que habían sufrido cesárea, constataron que el hecho de estar en trabajo de parto cuando se indica la cesárea, la primera secreción láctea fue más precoz y la cantidad producida en 24 horas mayor que en el grupo de mujeres con cesárea electiva, en las que los mecanismos de parto no se habían desencadenado (Doganay & Avsar, 2002).

Rowe-Murray y Fisher vieron que la cesárea era una barrera en la implementación del 4º paso para una Lactancia Feliz de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños de UNICEF. El cuarto paso dice: *“Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto”*. Los autores diseñaron un estudio para probar la hipótesis de que las prácticas hospitalarias en el período posparto inmediato que se asocian a una intervención quirúrgica en el parto puede afectar al primer contacto madre-hijo y a la iniciación de la lactancia materna.

El estudio reveló que las mujeres que tuvieron una cesárea experimentaron un importante retraso en la lactancia materna en comparación con las mujeres que dan a luz por vía vaginal, con o sin ayuda instrumental ( $p < 0,001$ ). También se observaron resultados con diferencias significativas en este aspecto de la atención entre los hospitales Amigos de los Niños notablemente mejores que los otros tres hospitales ( $p < 0,001$ ). Sin embargo, acortar el tiempo transcurrido entre el nacimiento y el inicio de la lactancia materna no se asoció significativamente con la continuación de la lactancia materna a los 8 meses después del parto ( $p = 0,642$ ) (Rowe-Murray & Fisher, 2002) .

Lin et al percibieron que las mujeres que sufrían una cesárea percibían que producían menos leche y este era el principal motivo de destete precoz. Los autores llevaron a cabo un estudio con un diseño descriptivo correlacional con 141 mujeres al tercer día de posparto. El estudio utilizó una regresión lineal múltiple para identificar los predictores significativos en la percepción de leche. Los autores señalan que son

---

cuatro los factores, incluyendo la paridad, tipo de anestesia, tiempo que tarda en iniciar la lactancia, y el uso de biberón lo que explica el 23,1% de la varianza total entre las participantes.

Las mujeres que experimentaron analgesia epidural controlada por la paciente, las que tienen retraso en la iniciar la lactancia o menor frecuencia de lactancia materna, y las que utilizan suplementos de fórmula obtuvieron puntajes relativamente bajos de percepción de producción de leche. Por tanto, los resultados del estudio indican que el personal sanitario debe alentar a las mujeres después del parto para iniciar la lactancia materna, basado en la necesidad del RN, tan pronto como sea posible y reducir el uso de fórmula para aumentar la frecuencia de la lactancia materna. Se recomienda el cambio a los analgésicos no narcóticos de la epidural controlada por la paciente tan pronto como sea posible para aumentar el éxito de la lactancia materna (Lin, Lee, Yang, & Gau, 2011).

Carlander y col estudiaron el contacto entre la madre y su hijo recién nacido para ver si existía diferencias entre las que solicitó una cesárea programada en comparación con las mujeres que tuvieron un parto vaginal y las que se sometieron a una cesárea por indicación obstétrica. Con un estudio de cohorte en un hospital de Estocolmo se estudiaron las propiedades psicométricas de una escala que mida el contacto entre madre e hijo. (Escala Alliance).

La cohorte fue de 510 primíparas a partir de tres grupos: las mujeres sometidas a cesárea a petición materna (n = 96), las mujeres sometidas a cesárea por indicación obstétrica (n = 116) y las mujeres que planean un parto vaginal (n = 198). Estas últimas se dividieron en subgrupos: las mujeres que se sometieron a parto vaginal instrumental (n = 35) y las mujeres que tuvieron una cesárea de emergencia (n = 65).

El contacto con el niño fue calificado como positivo en todas las ocasiones: no hubo diferencias significativas entre los grupos. La relación de la pareja fue calificada como positiva en todas las ocasiones. Las madres con un parto vaginal experimentaron una lactancia materna menos estresante que las madres con un parto por cesárea. Se les pidió a las madres que informaran tres y nueve meses después del parto sobre las



---

dificultades con la lactancia. Las madres con un parto por cesárea reportaron más problemas con la lactancia que las madres de los otros grupos. Las madres con un parto vaginal informaron de menos tristeza para cada dificultad.

A tenor de estos resultados los autores concluyen que el modo de parto no parece afectar a cómo las madres experimentan su contacto con el niño recién nacido (Carlander, Edman, Christensson, Andolf, & Wiklund, 2010).



**PARTE II. MARCO TEÓRICO**

---

Los marcos teóricos de referencia establecidos para este estudio son la TEORÍA DE LA ALOSTASIS de Bruce McEwen, en la que se apoyan los objetivos sobre la lactancia materna y la TEORÍA DEL APEGO de John Bolwby por la posible repercusión que pueda tener sobre la conducta de los padres y de los recién nacidos con éstos y de la implicación en el apoyo para la prevalencia de la lactancia materna.

## CAPÍTULO 1. TEORÍA DE LA ALOSTASIS

La teoría de la Alostasis gira en torno a la relación que existe entre las respuestas psiconeurohormonales al estrés y las manifestaciones físicas y psicológicas de la salud y la enfermedad. Esta teoría fue descrita por Bruce McEwen en el 2000 (McEwen, Bruce, 2000).

Para este autor el sistema neuroendocrino, el sistema nervioso vegetativo y el sistema inmune sirven como mediadores para la adaptación a los retos de la vida diaria por lo que para él, alostasis frente a homeostasis, significa alcanzar la estabilidad por medio del cambio de estado (Bruce S McEwen & Wingfield, 2010). En el corazón del concepto está la representación de cambio a fin de mantener (o lograr) un estado adecuado a las circunstancias. Para Sterling y Eyer citado por Schulkin, alostasis implica a todo el cerebro y al cuerpo en lugar de simplemente feedbacks puntuales por lo que es una forma mucho más compleja de regulación que la homeostasis. Aunque la regulación homeoestática también incluye más que circuitos locales, la regulación alostática enfatiza el intento del cerebro para mantener la viabilidad interna en medio de circunstancias cambiantes en diversos entornos (Schulkin, 2003).

Para McEwen los mediadores hormonales primarios de la respuesta al estrés son los glucocorticoides y las catecolaminas y ambos tienen efectos protectores y perjudiciales para el organismo. A corto plazo, son esenciales para la adaptación, mantenimiento de la homeostasis, y supervivencia (alostasis). Sin embargo, en intervalos de tiempo más

---

largos, exigen un costo (la carga alostática) que puede acelerar los procesos de enfermedad (B. S. McEwen, 2003).

Los conceptos de alostasis y carga alostática se centran alrededor del cerebro como intérprete y mecanismo de respuesta a retos ambientales y cuyos objetivos son superar esos desafíos. En los trastornos de ansiedad, enfermedad depresiva, hostilidad, estados agresivos, abuso de sustancias y síndrome de estrés postraumático, la carga alostática toma la forma de desequilibrios químicos, así como las alteraciones en el ritmo diurno y, en algunos casos conducen a la atrofia de estructuras cerebrales. Además, según el autor, crece la evidencia que indica que la enfermedad depresiva y la hostilidad están asociadas con las enfermedades cardiovasculares y otros trastornos sistémicos (Bruce S. McEwen, 2004). Un importante factor de riesgo de estas condiciones son las experiencias en la primera infancia de abuso y negligencia que incrementan el aumento de la carga alostática y que posteriormente conducen al individuo en su vida a situaciones de aislamiento social, de hostilidad, depresión, y situaciones como la obesidad mórbida y enfermedades cardiovasculares. (McEwen, Bruce, 2000); de ahí el centrar esta teoría como marco referencial para nuestro estudio en el estrés producido por la separación inmediata al nacimiento.

Este concepto de alostasis también ha sido evidenciado como inductores de patología de estrés en animales de granja. Estos animales han sido genéticamente seleccionados por el hombre para mejorar la cantidad y calidad de los productos, tales como mayor volumen muscular, más carne magra y cáscara de huevo de mayor calidad, acompañada de alteración del equilibrio de esteroides (como más testosterona y menos corticosteroides) y disminuir las concentraciones cerebrales de monoaminas de (serotonina y dopamina). Existe la hipótesis de que dicha selección genética trae como resultado en la producción de animales de granja los que prefieren la estrategia de comportamiento de “halcón” (no parar el ataque hasta que son heridos o abatan a su víctima frente al comportamiento “paloma” de huir y evitar el ataque a toda costa). Hay una evidencia cada vez mayor de comportamiento halcón en gallinas y cerdos que son más vulnerables al desarrollo de estereotipos de mayor impulsividad y

---

compulsividad así como de comportamiento violento (Korte, Prins, Vinkers, & Olivier, 2009).

Maureen Shannon fue la primera en introducir este concepto como marco teórico para la evaluación y la comprensión de los resultados perinatales de salud. Esta autora comenta que para la mayoría de las mujeres, el embarazo es un proceso fisiológico y psicológico normal del que resulta el nacimiento de un bebé sano y el establecimiento de la llamada relación materno-infantil. Sin embargo, la maternidad puede estar asociada con eventos psicológicos y fisiológicos adversos que amenazan la salud de tanto la madre como del feto/bebé. En algunos casos, las condiciones preexistentes maternas contribuyen a un mayor riesgo de tener hijos con complicaciones neonatales. Por el contrario, la ausencia factores de riesgo antes de la concepción parecen no proteger del desarrollo de complicaciones relacionadas con el embarazo (por ejemplo, la preeclampsia). Esta dicotomía sugiere que hay complejas dimensiones del proceso perinatal que todavía no se comprenden. En particular, la relación entre factores fisiológicos y psicológicos y los resultados de salud perinatal que necesitan más estudios (Shannon, King, & Kennedy, 2007). Para la autora es posible que la respuesta alostática anormal a situaciones de estrés pueda parcialmente explicar el desarrollo de efectos adversos perinatales en mujeres sin factores de riesgo identificados. Similar respuesta puede ser identificada en el feto ante situaciones vitales traumáticas que contribuyan a un resultado perinatal menos óptimo que el esperado.

## CAPÍTULO 2. TEORÍA DEL APEGO

La teoría del apego (John Bowlby, 1998) describe la dinámica a largo plazo de las relaciones entre los seres humanos sobre todo en las familias y entre amigos a lo largo de la vida. Su principio más importante es que el niño necesita una relación con al menos un cuidador primario para que su desarrollo social y emocional se produzca con

---

normalidad, además, las relaciones posteriores se basarán en los modelos desarrollados en estas primeras relaciones.

La teoría del apego se enmarca en el campo de estudios interdisciplinarios que abarcan los ámbitos de la psicológica general, evolutiva y la teoría etológica (comportamiento animal).

Se inició como resultado de experiencias durante la Segunda Guerra Mundial en Inglaterra cuando los niños fueron evacuados de las ciudades para escapar de los bombardeos. Los cuidadores de los niños separados de sus padres o huérfanos no podían ayudarlos pero eran conscientes del dolor de los niños y la angustia profunda que sentían. Inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, Naciones Unidas pidió al psiquiatra y psicoanalista John Bowlby escribir un artículo sobre el asunto. Más tarde pasó a formular la teoría del apego (Cassidy, 1999).

Los bebés se apegan a los adultos que son sensibles y receptivos en la interacción social con ellos, y que permanecen como cuidadores consistentes durante varios meses en un período de cerca de seis meses a dos años de edad. Tal vez, por este motivo, el inicio precoz de apego puede tener importancia incluso desde los primeros momentos de vida extrauterina y por ello pueda ser significativo el contacto precoz del padre tras el parto o cesárea.

Cuando un niño comienza a gatear y a caminar, empiezan a utilizar las figuras de apego (personas cercanas) como una “base segura” para explorar y regresar a ellas. Las respuestas de los padres conducen al desarrollo de patrones de apego, los cuales, a su vez, llevan a modelos internos de trabajo que guiará al individuo en sus percepciones, emociones, pensamientos y expectativas en las relaciones posteriores.

La ansiedad o “duelo” por la separación tras la pérdida de una figura de apego es considerada como una respuesta normal y adaptativa para un niño que ha desarrollado este apego (Bretherton & Munholland, 1999). Estos comportamientos pueden haber incluso evolucionado, ya que aumentan la probabilidad de supervivencia

---

del niño y por ende de la especie. Hay una ventaja para la supervivencia en la capacidad de sentir, posiblemente, las condiciones de peligros, tales como el desconocimiento, la soledad o el acercamiento rápido. Según Bowlby, la proximidad en la búsqueda de la figura de apego para afrontar amenazas es el objetivo principal del sistema de comportamiento del apego (Prior, Glaser, & (Project), 2006)

El comportamiento infantil asociado al apego es principalmente la búsqueda de la proximidad de una "figura de apego".

Para formular una teoría comprensiva de la naturaleza del apego precoz, Bowlby exploró una amplia gama de campos, incluyendo la biología evolutiva , la teoría de las relaciones de objeto (una rama del psicoanálisis ), la teoría de sistemas de control , y los campos de la etología y la psicología cognitiva. Después de documentos preliminares a partir de 1958, Bowlby, publicó un estudio completo en tres volúmenes: *Attachment and Loss (Apego y Pérdida)* (1969–1982) (John Bowlby, 1969) (John Bowlby, 1973) (J Bowlby, 1980)

Las investigaciones realizadas por la psicóloga del desarrollo Mary Ainsworth en los años 1960 y 70 reforzó los conceptos básicos e introdujo el concepto de "base segura" y desarrolló una teoría de un número determinado de patrones de apego en niños: el apego seguro, el apego evitativo y el apego ansioso. (Bretherton, 1992). Más tarde, identificó un cuarto patrón: el apego desorganizado.

En la década de 1980, la teoría se extendió al apego en adultos (Hazan & Shaver, 1987). Otras interacciones puede pueden ser construidas como comportamientos de apego, los cuales incluyen las relaciones entre iguales en todas las edades, la atracción sexual y romántica y las respuestas a las necesidades de cuidados de los niños o la de enfermos y ancianos.

En los inicios de la teoría, los psicólogos académicos criticaron a Bowlby, y la comunidad psicoanalítica lo condenó al ostracismo por su salida de los principios psicoanalíticos. Sin embargo, la teoría del apego se ha convertido en "el enfoque

---

dominante para entender el desarrollo social temprano, y ha dado lugar a una gran ascenso en la investigación empírica sobre la formación de las relaciones íntimas de los niños". (Schaffer, H Rudolph, 2003) Las últimas críticas a la teoría del apego tienen que ver con el temperamento, la complejidad de las relaciones sociales, y las limitaciones de los modelos insuficientes para las escalas de clasificación (Rutter, 1995).

La teoría del apego ha sido modificada de manera significativa como resultado de la investigación empírica y sus conceptos han sido ya generalmente aceptados. Constituye también la base de nuevas terapias y completó a las ya existentes. Sus conceptos han sido utilizados en la formulación de políticas sociales en el cuidado de los niños que apoyen sus relaciones de apego precoz.





**PARTE III. MARCO EMPÍRICO**

---

### CAPÍTULO 3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La separación de la madre de su neonato después del nacimiento es frecuente en la cultura occidental, como consecuencia de llevar rápidamente al recién nacido (RN) a salas “nido” para conseguir una pronta adaptación a este mundo.

Antes del siglo XX y hasta mediados de éste, las cunas y carritos sólo estaban al alcance de las clases acomodadas, por lo que el contacto físico con otra persona que cogiese al bebé era el único medio para sostenerlo. Esta práctica diverge de la historia evolutiva, donde la supervivencia del neonato dependía del contacto materno íntimo y prácticamente continuo. La separación de las madres de los recién nacidos cuando nacen se ha convertido en la práctica estándar, a pesar de las pruebas cada vez mayores de sus posibles efectos nocivos. La disminución concomitante generalizada de la lactancia por este hecho, es uno de los principales problemas de salud pública.

Renfrew et al llevaron a cabo una revisión para evaluar la eficacia de la medicina, en salud pública y las intervenciones de promoción de la salud que puedan promover o inhibir la lactancia materna para los bebés ingresados en unidades neonatales.

Las intervenciones efectivas identificadas incluyeron los cuidados canguros, el piel a piel, la extracción de leche de ambos pechos simultáneos, el apoyo de iguales en el hospital y la comunidad, la capacitación del personal multidisciplinario, y ser Hospital Amigo de los Niños de UNICEF. Los autores concluyen que todas estas intervenciones son costo-beneficiosas, que se evidencian huecos vacíos en intervenciones con niños lactantes clínicamente estables, y respecto de la salud materna. Los efectos sobre la salud pública y las intervenciones políticas en la organización de los servicios neonatales siguen siendo poco claros. La alimentación infantil en las unidades neonatales se deben incluir como vigilancia de salud pública y proponer el desarrollo de políticas pertinentes para que sean llevado a cabo dichas intervenciones (Mary J Renfrew et al., 2010). De igual forma señala también en otro artículo sobre los beneficios económicos los mismos autores, que es improbable que todas estas intervenciones funcionen de forma aislada y que deben ir todas interrelacionadas.

---

Igualmente informan de que debe haber un consenso nacional sobre los indicadores de inicio y duración de la lactancia, prestando principal atención a los lactantes ingresados en unidades neonatales y a sus madres (M J Renfrew et al., 2009).

Y es que las rutinas hospitalarias de las salas de parto y postparto pueden perturbar significativamente el desarrollo de las primeras interacciones entre la madre y el recién nacido (M. Odent, 2001)(Widström et al., 1990)(Jansson, Mustafa, Khan, Lindblad, & Widström, 1995)(Righard & Alade, 1990). El hecho de separar a un bebé de su madre inmediatamente después del parto para aspirarlo, medirlo, pesarlo, lavarlo, etc., supone la pérdida de ese tiempo de oro para que se lleven a cabo las reacciones fisiológicas tan necesaria para la elevación de la oxitocina y estimular así la crianza.

Si bien desde una perspectiva evolutiva el contacto piel a piel es la norma, en muchos países industrializados, la práctica corriente continúa siendo la separación del recién nacido de la madre poco después del nacimiento, sobre todo si éste ha nacido por cesárea.

Moore et al en una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane, refieren en el apartado de “Implicaciones para la investigación” que “...es preciso realizar más investigaciones sobre los efectos del contacto piel a piel temprano en las madres que tienen el parto por cesárea” (Moore, ER et al., 2008). Según esto el objeto de la presente investigación va relacionada en este punto concreto pero se decide enfocar el estudio al CPP con el padre en lugar de la madre, tal y como se hizo en el ensayo clínico de Erlandsson.

En dicho estudio se tomaron como criterio de inclusión sólo las cesáreas electivas por nalgas, desproporción cefalopélvica o cesáreas iterativas ya que todas parten de una misma situación inicial propicia para el ensayo.

En el estudio anterior se compararon 29 parejas de padre e hijo que participaron en un ensayo clínico aleatorizado en el que el grupo intervención era el CPP con el padre frente a los cuidados habituales del niño en la cuna cerca del padre, en partos por cesárea electiva. Los autores estudiaron el llanto del recién nacido y el

---

comportamiento prealimenticio puntuados cada 15 minutos basándose en una escala observacional de “Neonatal Behavioral Assessment Scale” (NBAS) desarrollada por Brazelton y Nugent. El primer hallazgo que sugiere este estudio fue el impacto positivo que tuvo el llanto de los niños en el grupo de padres CPP, que demostró con grabaciones que los niños lloraban menos en el regazo de los padres que en las cunas (el llanto descendía a los 13,4 segundos vs 33,4 en períodos de cinco minutos).

Otro hallazgo fue sobre el estado de vigilia. Los niños que estaban con sus padres se adormilaban dentro de los 60 minutos mientras que los que estaban en cuna lo hacían sobre los 110 minutos. Los reflejos de búsqueda y succión de las manos fueron más frecuentes en el grupo que estaba en la cuna que en los de CPP.

Concluyen los autores que los niños en CPP con los padres estaban más confortables; esto es, lloraban menos, se calmaban antes y alcanzaban un estado de somnolencia más pronto que los del grupo en cuna. Señalan además, que el padre puede facilitar el desarrollo de comportamientos y actitudes prealimenticias en este importante periodo de la vida del recién nacido (RN); lo que debe ser tenido en cuenta por los proveedores de salud cuando el RN tenga que estar separado de su madre (Erlandsson, Dsilna, Fagerberg, & Christensson, 2007).

Zanardo et al también estudiaron los efectos de la cesárea electiva sobre la lactancia materna comprobando que ésta tiene un efecto negativo frente al parto vaginal sobre la lactancia materna, tal y como se ha referido anteriormente (Zanardo et al., 2010). Quizás estableciendo un contacto más precoz del RN con el padre o la madre se pudiesen mejorar los resultados sobre este aspecto.

A tenor de los resultados del estudio de Doganay et al, sería interesante estimular el CPP en las cesáreas electivas, en las que no ha existido trabajo de parto previo, y por ende no se han puesto en marcha los mecanismos neurohormonales que de forma natural ayudan al inicio de la lactancia, para comprobar si es influyente en este proceso (Doganay & Avsar, 2002).

---

En este trabajo se intentará observar pues, sólo la relación con la cesárea electiva y la lactancia materna para que las circunstancias basales en la que se desarrolla el estudio sean las mismas tal y como se desarrolló en el trabajo de Erlandsson (Erlandsson et al., 2007).



CAPÍTULO 4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

---

#### 4.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En recién nacidos sanos nacidos por cesárea, el contacto piel con piel (CPP) con el PADRE frente a la actuación hospitalaria habitual ¿Tiene los mismos efectos sobre la lactancia materna?

#### 4.2. HIPÓTESIS:

##### HIPÓTESIS NULA:

No existen diferencias significativas entre el grupo CPP padre-RN, con respecto a la atención habitual en cuanto al inicio de la LM.

##### HIPÓTESIS ALTERNATIVA:

La lactancia materna se inicia antes en el grupo de niños con CPP con el padre, que en el grupo con cuidados habituales.

#### 4.3. OBJETIVOS

##### OBJETIVO GENERAL:

Evaluar los efectos del contacto piel con piel con padres cuyas madres han sufrido una cesárea, sobre la lactancia materna.

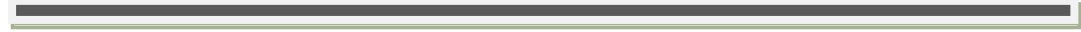
##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer la influencia del CPP padre-RN sobre el tiempo que tarda el RN en iniciar la lactancia materna al entrar en contacto con su madre
2. Comprobar el tipo de lactancia al alta hospitalaria según grupo asignado: exclusiva, mixta o artificial.
3. Comprobar el tipo de lactancia a las seis semanas según grupo asignado: exclusiva, mixta o artificial



**CAPÍTULO 5 .  
MATERIAL Y  
MÉTODO**





### 5.1. DISEÑO:

Se trata de un estudio de tipo cuasiexperimental no aleatorizado, con un grupo control concurrente

### 5.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO, SUJETOS Y MUESTRA

La población de estudio estaba compuesta por parejas que decidían dar a luz en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga y que cumplían los criterios de inclusión. Por motivos que se detallarán más adelante, se seleccionaron 5 parejas para el grupo de comparación que reunían los mismos criterios de inclusión, pero cuya cesárea fue realizada en el Hospital Materno-Infantil de Málaga.

### 5.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Cesárea entre la 37 y 41 semanas de gestación
- Anestesia locorregional espinal
- Cesárea electiva por presentación de nalgas, desproporción cefalopélvica diagnosticada previamente o por cesárea anterior o iterativa.
- Embarazo controlado donde no se hayan apreciado posibles alteraciones o malformaciones fetales
- Neonatos catalogados como sanos y la valoración del test de Apgar a los 5 minutos superior o igual a 9.
- Voluntad inicial de la madre de proporcionar lactancia materna.

### 5.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Cesárea por Sospecha de Pérdida de Bienestar Fetal (SPBF) o por cualquier otro motivo que no sea un criterio de inclusión
- Cesárea antes de la 37 semanas de gestación
- Cesárea con anestesia general
- Cesárea por gestación múltiple
- Necesidad de cuidados especializados tras valoración neonatal o Apgar a los 5 minutos menor de 9.

- 
- Declinación de la madre para dar lactancia materna.

### 5.5. GRUPOS DE ESTUDIO

Se decidió constituir un grupo experimental en el que los padres tendrían al RN en contacto piel con piel durante un mínimo de 70 minutos en RN nacidos por cesárea. Según un estudio de Gómez Papí et al., el 90% de los bebés hace la primera toma espontánea al pecho antes de los 70 minutos, por lo que se usó este tiempo a fin de mantener en lo posible los reflejos prealimenticios del RN (Gómez Papí, A, Baiges Nogués, MT, & Nieto Jurado, A, 2002)

El grupo control recibía los cuidados habituales que se ofrecían a los RN por cesárea nada más nacer en el hospital de estudio, que consistían en que el RN permanecía en la sala nido hasta que la madre saliera de la sala recuperación postanestésica y llegara a su habitación, donde se le entregaba el bebé y se le ponía en contacto piel con piel todo el tiempo que le apeteciera a ella, aunque se aconsejaba que fuese un mínimo de 70 minutos para ver si iniciaba la lactancia. Lo ideal en estos niños que han estado separados es ampliar el tiempo a dos horas, pero, a efectos del estudio se ha marcado un tiempo mínimo de 70 minutos (o menos, si ya ha iniciado la lactancia y la madre se siente incómoda). Se le advirtió a la madre que debía evitar que en este periodo mínimo de 70 minutos fuese tocado el RN por otra persona que no fuera ella. Se ha recogido en el trabajo el tiempo máximo piel con piel que ha permanecido con la madre.

### 5.6. TAMAÑO MUESTRAL

Teniendo en cuenta los resultados del estudio de Erlandsson (Erlandsson et al., 2007)<sup>\*</sup>, la muestra total del estudio se estimó en un principio en 60 parejas, para una potencia

---

<sup>\*</sup> Estudio similar realizado en el Hospital de la Universidad de Karolinska de Estocolmo (Suecia), con una muestra de 29 parejas, que obtuvo diferencias significativas en el CPP del padre (media de 13,4 ( $\pm 3,60$ ) segundos de tiempo en calmarse cuando era colocado en contacto con el padre, frente al grupo donde el RN permanecía en la cuna que era de 33,4 ( $\pm 6,61$ );  $p > 0,0001$ ) (Erlandsson, Dsilna, Fagerberg, & Christensson, 2007)

---

del 80%, con valor alfa de 0,05 para comparación de medias independientes, con una Desviación Estándar (DS) esperada de 1,15 en el tiempo de toma del pecho en un grupo y 1,35 en otro.

### 5.7. VARIABLES

La **variable de asignación** era la realización del contacto piel con piel con el padre

Las **variables de resultados** establecidas fueron:

- Tiempo que tarda en realizar la primera toma medido en minutos
- Tipo de lactancia al alta: Exclusiva, mixta o artificial
- Tipo de lactancia a las seis semanas: Exclusiva, mixta o artificial

Se tomaron además variables de carácter sociodemográfico del padre (Edad, número de hijos propios, nivel educacional), de la madre (Edad, paridad, nivel educacional) y del RN (sexo, peso, edad gestacional).

En la Tabla 1 se describen exhaustivamente las variables de estudio:

Tabla 1: Variables

Variable	Tipo	Valores	Fuente de recogida o instrumento de evaluación
Tiempo de inicio en la primera toma	Cuantitativa continua	Minutos	Hoja de recogida de datos (Anexo 2) Cronómetro
Tiempo CPP padre-RN	Cuantitativa continua	Minutos	Hoja de recogida de datos (Anexo 2) Cronómetro
Primera toma	Cualitativa Policotómicas	1- Signos de amamantamiento adecuado a. Postura de la madre y el bebé b. Lactante c. Signos de transferencia 2- Signos de posible dificultad a. Postura de la madre y el bebé b. Lactante c. Signos de transferencia	Cuestionario UNICEF/IBFAN. (Anexo 1). En este cuestionario se evalúan aspectos de la díada madre-hijo antes, durante y después de la toma (Asociación Española de Pediatría, 2008)
Edad del padre	Cuantitativa discreta	Años	Hoja de recogida de datos (Anexo 2)
Nº hijos propios	Cuantitativa discreta	Hijos	Hoja de recogida de datos (Anexo 2)
Nivel educacional	Cualitativa Policotómica	0- Sin Estudios 1- Primarios 2- Medios 3- Universitarios	Hoja de recogida de datos (Anexo 2)
Edad de la madre	Cuantitativa discreta	Años	Hoja de recogida de datos (Anexo 2)
Paridad	Cuantitativa discreta	Hijos	Hoja de recogida de datos (Anexo 2)
Nivel educacional de la madre	Cualitativa Policotómica	0- Sin Estudios 1- Primarios 2- Medios 3- Universitarios	Hoja de recogida de datos (Anexo 2)
Sexo del RN	Cualitativa dicotómica	1- Masculino 2- Femenino	Hoja de recogida de datos (Anexo 2)
Peso del RN	Cuantitativa Continua	gramos	Hoja de recogida de datos (Anexo 2. Historia Clínica Báscula)
Edad gestacional del RN	Cuantitativa continua	Semanas+ días	Hoja de recogida de datos (Anexo 2). Historia clínica
Tipo de lactancia al alta	Cualitativa policotómica	1- Exclusiva 2- Mixta 3- Artificial	Historia Clínica. Cuestionario UNICEF/IBFAN. (Anexo 1). En este cuestionario se evalúan aspectos de la díada madre-hijo antes, durante y después de la toma.
Tipo de lactancia al alta	Cualitativa policotómica	4- Exclusiva 5- Mixta 6- Artificial	Hoja de recogida de datos. Llamada telefónica

---

En un principio se decidió utilizar el cuestionario IFS-F (Inventory of Functional Status-Fathers) desarrollado por Tulman et al. en 1993, que explora los roles de paternidad. Se le pidió el modelo y autorización a la autora para el uso de este cuestionario, pero no se obtuvo respuesta por su parte, por lo que se desestimó. Este test sólo recoge la asunción de roles no de sentimientos.

Existen tablas de valoración recomendadas en la revisión Cochrane de Moore y Anderson (Moore, ER et al., 2008) como es el IMIS (Index of Mother-Infant Separation) para el estudio de la valoración de la separación madre hijo, que podrían ser aplicadas durante el período del contacto piel con piel con la madre (Anderson et al., 2004), pero éste no es el objeto de este estudio, sino la relación con la lactancia materna tras un estado estresante de separación madre-hijo, por lo que se valoró con mediciones de medias ponderadas de tiempo en iniciar la lactancia.

#### 5.8. PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE LA MUESTRA Y DE LA INTERVENCIÓN:

Los padres y madres eran informados verbalmente del estudio el día en que se les daba la fecha de ingreso para la cesárea. Esta información se le daba en la consulta de bienestar fetal (“consulta de monitores”) y es allí donde se realizaba la captación y la información para el estudio, entregando toda la documentación pertinente del mismo. La decisión de si deseaban participar o no en la investigación la manifestaban el día del ingreso.

Una vez que nacía el bebé se procedía de la siguiente manera:

- Tras el corte del cordón, la matrona responsable pasaba el RN a la mesa de reanimación donde era valorado por el neonatólogo, se le realizaban las maniobras que estimasen oportunas, tratando de ser lo menos agresivo posible en la instauración de medidas.
- Se le secaba y se le administraba la dosis de vitamina K IM, se identificaba con las pulseras pertinentes y se le ponía un pañal.

- 
- Se envolvía en toallas precalentadas, y se le mostraba a la madre.
  - Si pertenecía al grupo intervención nada más nacer la matrona le trasladaba el RN al padre, que esperaba en la habitación asignada a la madre o en el servicio de neonatos, donde se le sentaba en un sillón reclinable con el torso desnudo y con una bata abierta a fin de poder colocar al neonato sobre su tórax cubierto con una manta de bebé y cerrando la bata por encima de la manta. Se le informaba que no debía tocar al recién nacido nada más que él y que debía actuar “naturalmente” y consolar al bebé como creyera que fuese necesario.
  - Una vez pasado el tiempo de estudio (70 minutos, controlado por la matrona de planta o la enfermera de neonatos (dependiendo del lugar donde estuviese el padre) podía sentirse libre de soltar al bebé en la cuna o esperar en esa posición hasta que llegase su madre para transferírselo. También la matrona recogía el tiempo máximo que permanecía con el padre en piel con piel.
  - Si pertenecía al grupo comparación el RN permanecía en la sala nido hasta que la madre saliera de la sala recuperación postanestésica y llegara a su habitación, donde se le entregaba el bebé y se le ponía en contacto piel con piel todo el tiempo que le apeteciera a ella
  - Cuando la madre llegaba a la habitación la matrona de planta o la enfermera de nido responsable del caso, le entregaba el bebé y se le ponía en contacto piel con piel todo el tiempo que le apeteciera a ella, aunque se aconsejaba que fuese un mínimo de 70 minutos para ver si iniciaba la lactancia.
  - Se le advertía a la madre que debía evitar que en este periodo mínimo de 70 minutos fuese tocado el RN por otra persona que no fuera ella.
  - Se recogía en el trabajo, por parte del responsable del caso, el tiempo máximo piel con piel que ha permanecido con la madre.
  - Tanto a los padres del grupo de comparación, como al de intervención, se les indicó que debían contestar a una pregunta telefónica a las seis semanas de nacimiento para comprobar el tipo de alimentación con la que continuaba el bebé.

---

## 5.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Mediante análisis exploratorio se realizó estadística descriptiva de las variables, obteniendo medidas de tendencia central y dispersión o porcentajes, según la naturaleza de las mismas y se evaluó la normalidad de la distribución de todas mediante test de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk, así como la comprobación de la asimetría, curtosis e histogramas de las distribuciones, además de los gráficos de normalidad.

Estaba previsto el análisis bivalente mediante t de Student y chi cuadrado según las características de las variables analizadas, en el caso de que se distribuyesen normalmente. Debido a que la variable de resultado principal no seguía una distribución normal se emplearon pruebas no paramétricas para el análisis de las variables entre los dos grupos. Así, se usó la U de Mann-Whitney. También se ha utilizado la  $\chi^2$  para el estudio de la asociación de las demás variables categóricas o cualitativas.

Todos los cálculos se realizaron con un alfa de 0,05 y los respectivos intervalos de confianza al 95%. El evaluador de los resultados ha estado cegado en cuanto a la intervención que ha recibido un grupo u otro.

### 5.10. AUTORIZACIONES

Para la realización del estudio se solicitó permiso al comité de ética del Hospital Virgen de la Victoria (Anexo 4). Se contó también con la autorización para la participación de varios profesionales de dicho hospital, matronas, enfermeras, auxiliares, residente de matronas, que formaron un equipo de investigación multidisciplinar.

El padre y la madre firmaron el consentimiento informado que se muestra en el Anexo 3.

---

### 5.11. ASPECTOS ÉTICOS

Para el diseño del estudio se han tenido en cuenta los preceptos éticos fundamentales contenidos en la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial (WMA), 2008), los protocolos asistenciales y las evidencias disponibles, que son referencia de la buena praxis en cuanto a la atención al nacimiento, el contacto piel con piel y la lactancia materna. El consentimiento informado será firmado por la pareja que acepte su inclusión en el estudio después de comprender las ventajas e inconvenientes de cada una de las intervenciones.

A los participantes del estudio se les informaba verbalmente de la identificación de los autores del estudio, del carácter voluntario en la participación, de los objetivos del estudio así como de la confidencialidad de los datos que suministraban. También se les informaba de que los resultados obtenidos se emplearían exclusivamente con finalidad investigadora y en ningún caso se revelarían las identidades de las participantes, manejando los mismos de modo estrictamente confidencial.

### 5.12. RECURSOS HUMANOS

Se constituyó un equipo multidisciplinar que contaba con la participación de varios profesionales del Hospital Universitario Virgen de la Victoria: matronas, enfermeras, auxiliares, residentes de matronas. La investigación se llevó a cabo en este hospital y cinco casos recogidos para el grupo comparación en el hospital Materno Infantil de Málaga.

### 5.13. ORGANIZACIÓN Y CALENDARIO DE ACTIVIDADES

La duración total del estudio ha sido de 2 años, dividiéndose en una serie de etapas cuya distribución y duración fue la siguiente (Tabla 2):



**1ª Etapa:** Planificación. Desde Enero hasta Agosto de 2010. En esta etapa se realizó la elección del tema, consultas de asesoramiento, búsqueda revisión bibliográfica, definición de objetivos y elaboración del proyecto de investigación.

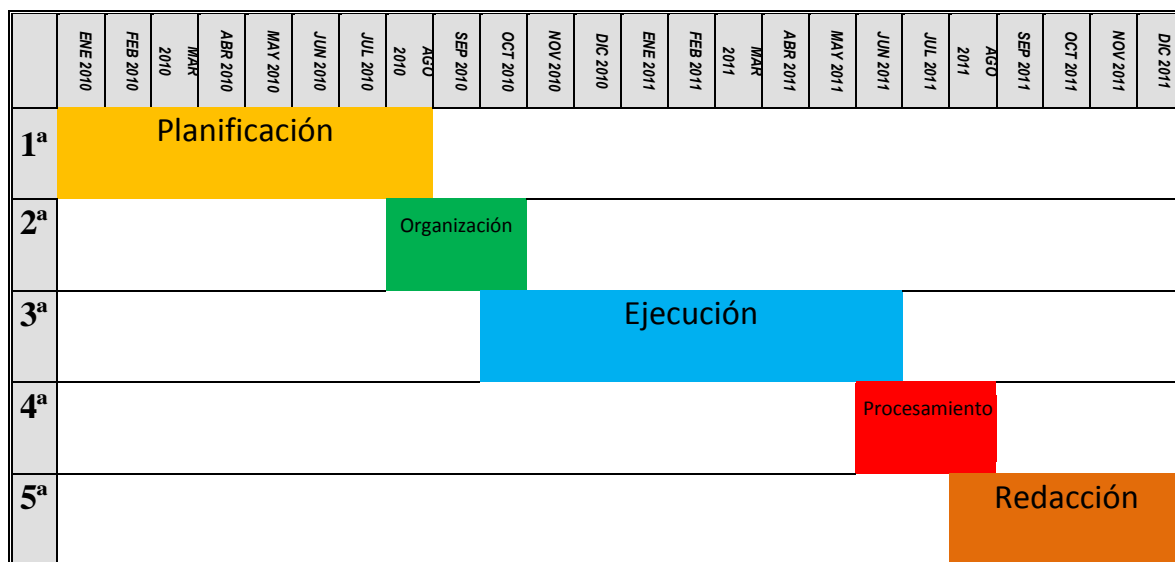
**2ª Etapa:** Organización. Desde Agosto hasta Octubre de 2010. En esta etapa se ha realizado la obtención de recursos (mediante convocatoria de ayudas a la investigación), el adiestramiento de los profesionales que realizarán la recogida de datos, se solicitó permiso al comité de ética del Hospital Virgen de la Victoria.

**3ª Etapa:** Ejecución. Desde Septiembre de 2010 hasta Junio de 2011. Se ejecutó el proyecto y se recogieron los datos previamente definidos.

**4ª Etapa:** Procesamiento de los datos y análisis de resultados obtenidos. Desde Mayo hasta Agosto de 2011.

**5ª Etapa:** Redacción del informe final y difusión de los resultados. Desde Agosto hasta Diciembre de 2011.

Tabla 2: Organigrama

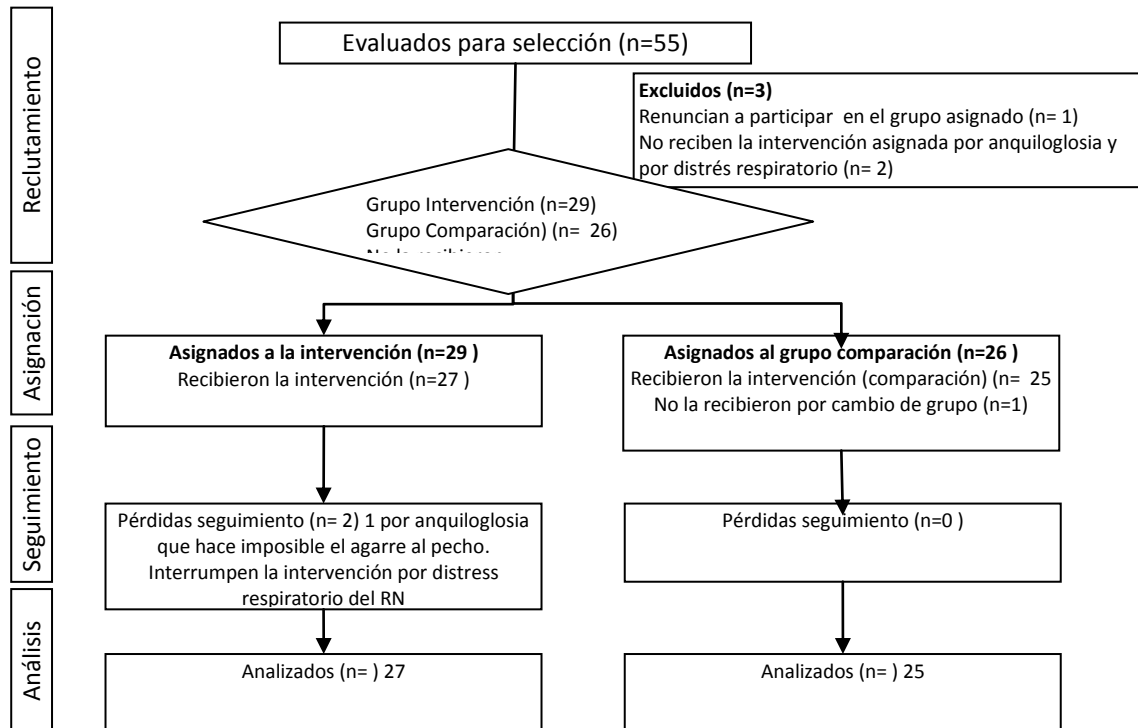




CAPÍTULO 6 . RESULTADOS

La muestra final estuvo compuesta por 52 parejas. El flujo de participantes se describe en el siguiente esquema:

**Tabla 3: flujo de participantes**



### 6.1. ANÁLISIS UNIVARIANTE

En la descripción de la muestra podemos observar como al realizar la pruebas de normalidad se comprobó que los datos no seguían una distribución normal, salvo en la edad de ambos progenitores.

Tabla 4: Pruebas de normalidad<sup>ab,c,d,e</sup>

	Grupo Asignado	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad padre	Comparación	,111	24	,200*	,983	24	,945
	Intervención	,111	27	,200*	,983	27	,916
Hijos	Comparación	,264	24	,000	,784	24	,000
	Intervención	,322	27	,000	,750	27	,000
edad madre	Comparación	,110	25	,200*	,939	25	,140
	Intervención	,132	27	,200*	,958	27	,338
Embarazos	Comparación	,276	25	,000	,781	25	,000
	Intervención	,227	27	,001	,821	27	,000
Abortos	Comparación	,496	22	,000	,474	22	,000
	Intervención	,457	25	,000	,569	25	,000
Partos	Comparación	,527	20	,000	,351	20	,000
	Intervención	,506	25	,000	,445	25	,000
Cesáreas	Comparación	,322	23	,000	,753	23	,000
	Intervención	,298	25	,000	,771	25	,000
Viven	Comparación	,274	23	,000	,783	23	,000
	Intervención	,278	25	,000	,778	25	,000
Meses Lac 1 hijo	Comparación	,190	13	,200*	,927	13	,315
	Intervención	,411	15	,000	,457	15	,000
Meses Lac 2 hijo	Comparación	,320	3	.	,883	3	,334
	Intervención	,289	4	.	,864	4	,274
Peso RN gramos	Comparación	,150	25	,153	,952	25	,273
	Intervención	,076	27	,200*	,978	27	,824
Edad gestacional	Comparación	,274	25	,000	,881	25	,007
	Intervención	,244	27	,000	,895	27	,011
Duración CPP padre	Intervención	,217	27	,002	,842	27	,001
Duración CPP madre	Comparación	,242	25	,001	,737	25	,000
	Intervención	,116	27	,200*	,937	27	,103
minutos que tarda en coger	Comparación	,156	25	,119	,912	25	,034
	Intervención	,274	27	,000	,647	27	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

\*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

b. No hay ningún caso válido para Meses Lac 3 hijo cuando Grupo Asignado = ,000. No se pueden calcular los estadísticos para este nivel.

c. Meses Lac 3 hijo es una constante cuando Grupo Asignado = Intervención y se ha desestimado.

d. No hay ningún caso válido para Meses Lac 4 hijo cuando Grupo Asignado = ,000. No se pueden calcular los estadísticos para este nivel.

e. No hay ningún caso válido para Meses Lac 5 hijo cuando Grupo Asignado = ,000. No se pueden calcular los estadísticos para este nivel.

En los gráficos siguientes se muestran la distribución de frecuencias de la edad en los padres de ambos grupos (gráfico 1) y los gráficos Q-Q de normalidad para los grupos de padre intervención (gráfico 2) y comparación (gráfico 3), e igualmente para la variable edad de la madre (gráficos 4, 5 y 6)

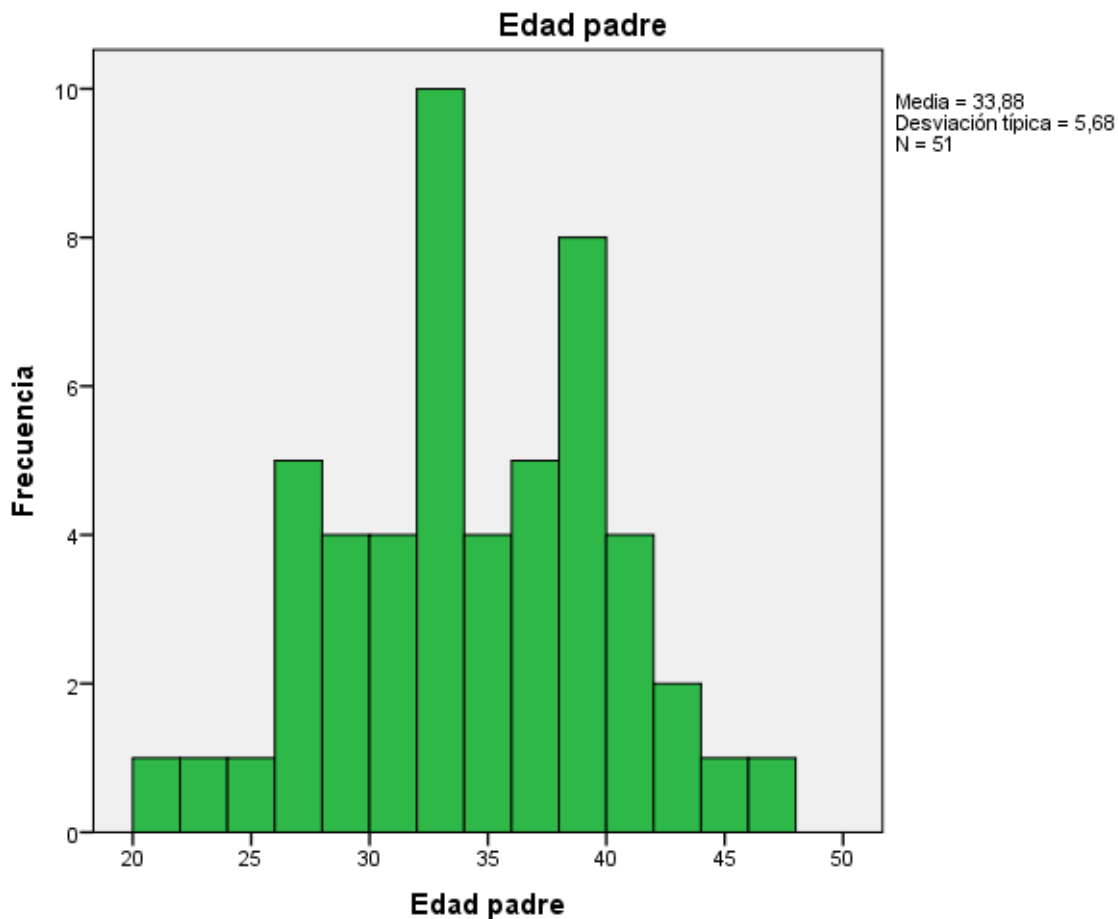


Gráfico 1. Frecuencia Edad Padre

Gráfico Q-Q normal de Edad padre para Grupo= Comparación

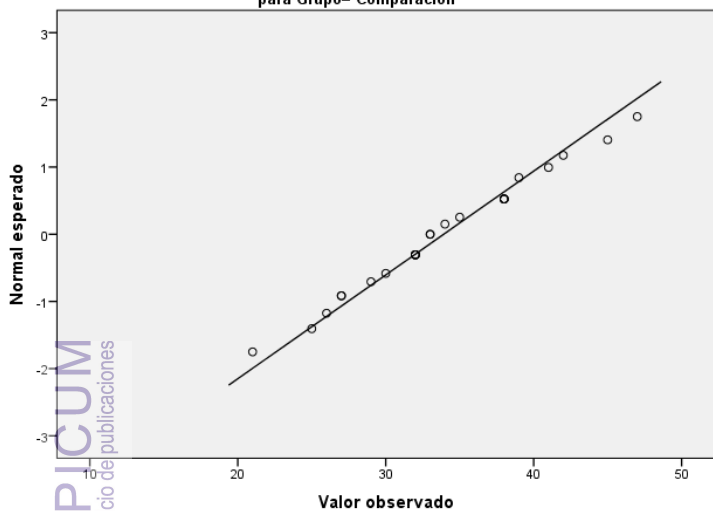


Gráfico 2. Gráfico Q-Q normal de edad padre grupo Comparación

Gráfico Q-Q normal de Edad padre para Grupo= Intervención

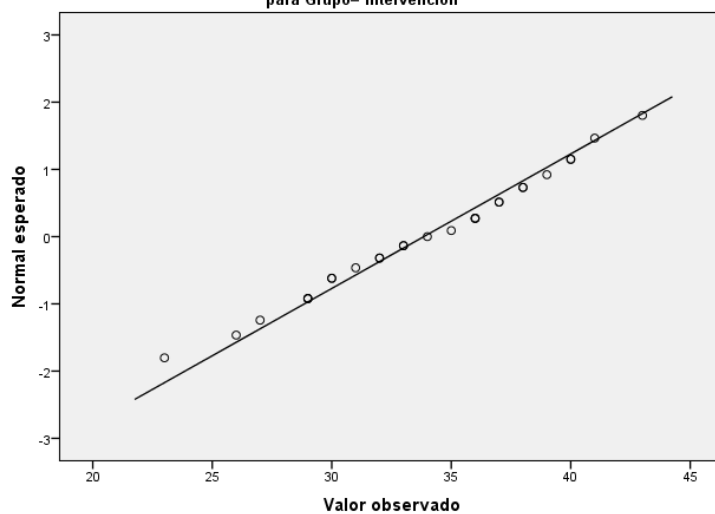


Gráfico 3. Gráfico Q-Q normal de edad padre grupo Intervención

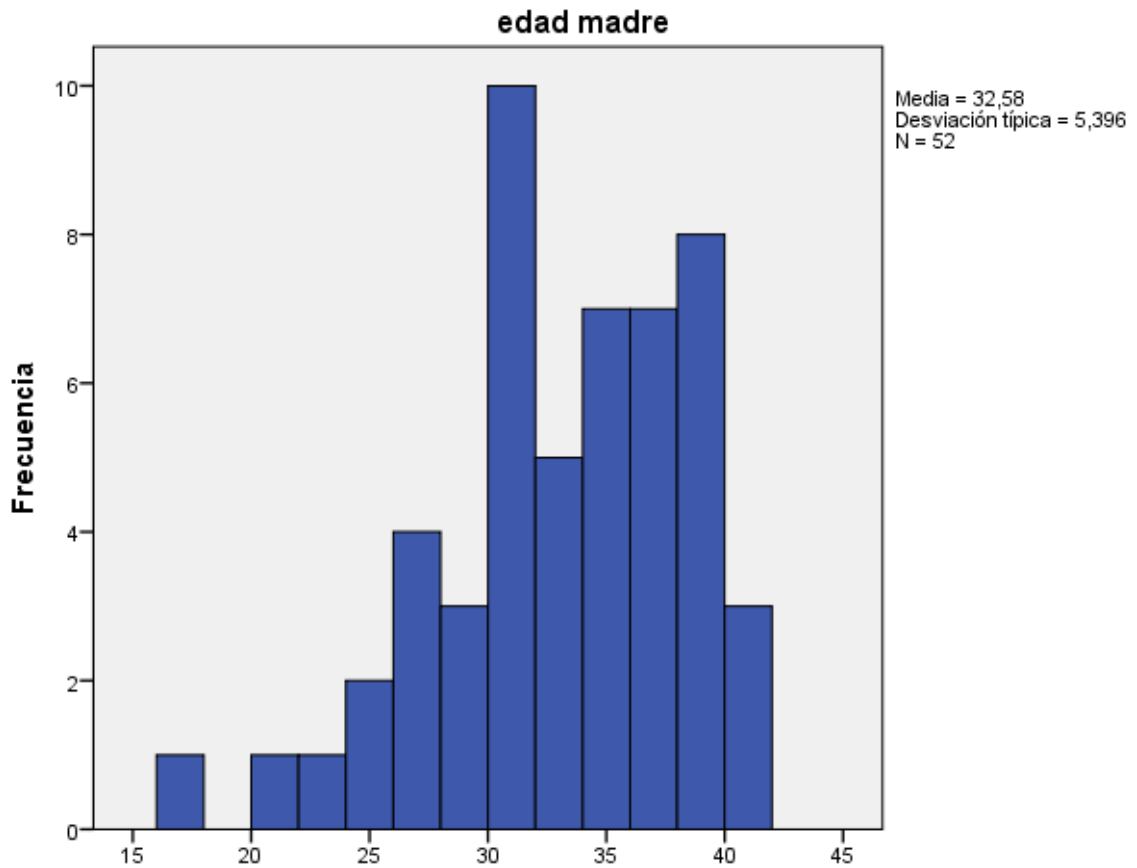


Gráfico 2. Frecuencia edad Madre

Gráfico Q-Q normal de edad madre para Grupo= Comparación

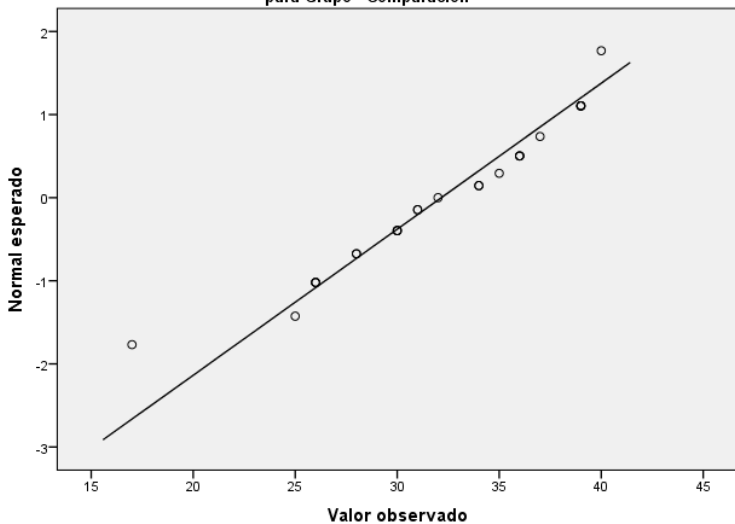


Gráfico 3. Gráfico Q-Q normal de edad madre grupo Comparación

Gráfico Q-Q normal de edad madre para Grupo= Intervención

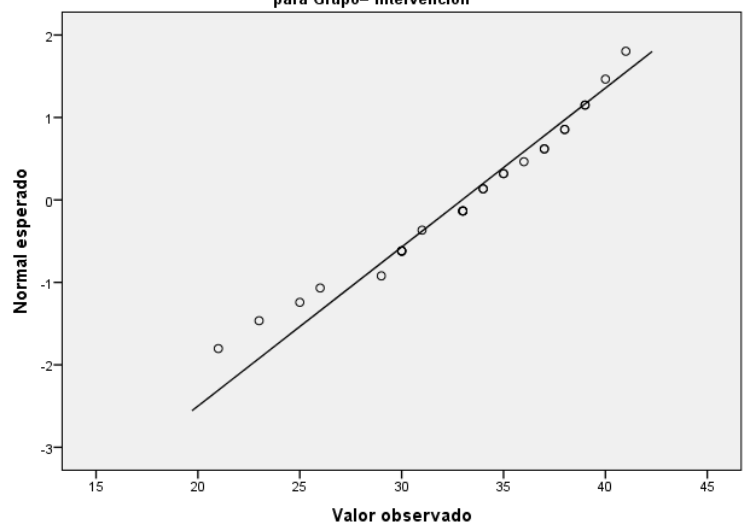


Gráfico 4. Gráfico Q-Q normal de edad madre grupo Intervención

En los gráficos de distribución de frecuencias se puede observar cómo la muestra se encuentra ante una edad algo avanzada para afrontar la maternidad/paternidad. La edad media del padre es de 33,88 (DE: 5,98) años y en la madre 32,58 (DE: 5,396) años y para la mayoría de las parejas era su primer hijo, ya que la media de hijos para el padre era de era de 0,65 hijos y para la madre de 0,69. Se han separado los datos de hijos de ambos progenitores, porque había parejas que tenían hijos anteriores fruto de otras parejas distintas a la de estudio.

Respecto a las nacionalidades de los padres que intervinieron en este estudio, la siguiente tabla muestra las diferentes nacionalidades de los participantes, siendo mayoritariamente españoles, un 90,4% y el resto se reparte en paraguayo, polaco, italiano y boliviano.

**Tabla 5: Nacionalidad Padre**

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válidos	ESPAÑOLA	47	90,4	92,2	92,2
	PARAGUAYO	1	1,9	2,0	94,1
	POLACO	1	1,9	2,0	96,1
	ITALIANO	1	1,9	2,0	98,0
	BOLIVIANO	1	1,9	2,0	100,0
	Total	51	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,9		
Total		52	100,0		

El gráfico 8 muestra la distribución en número de los participantes:

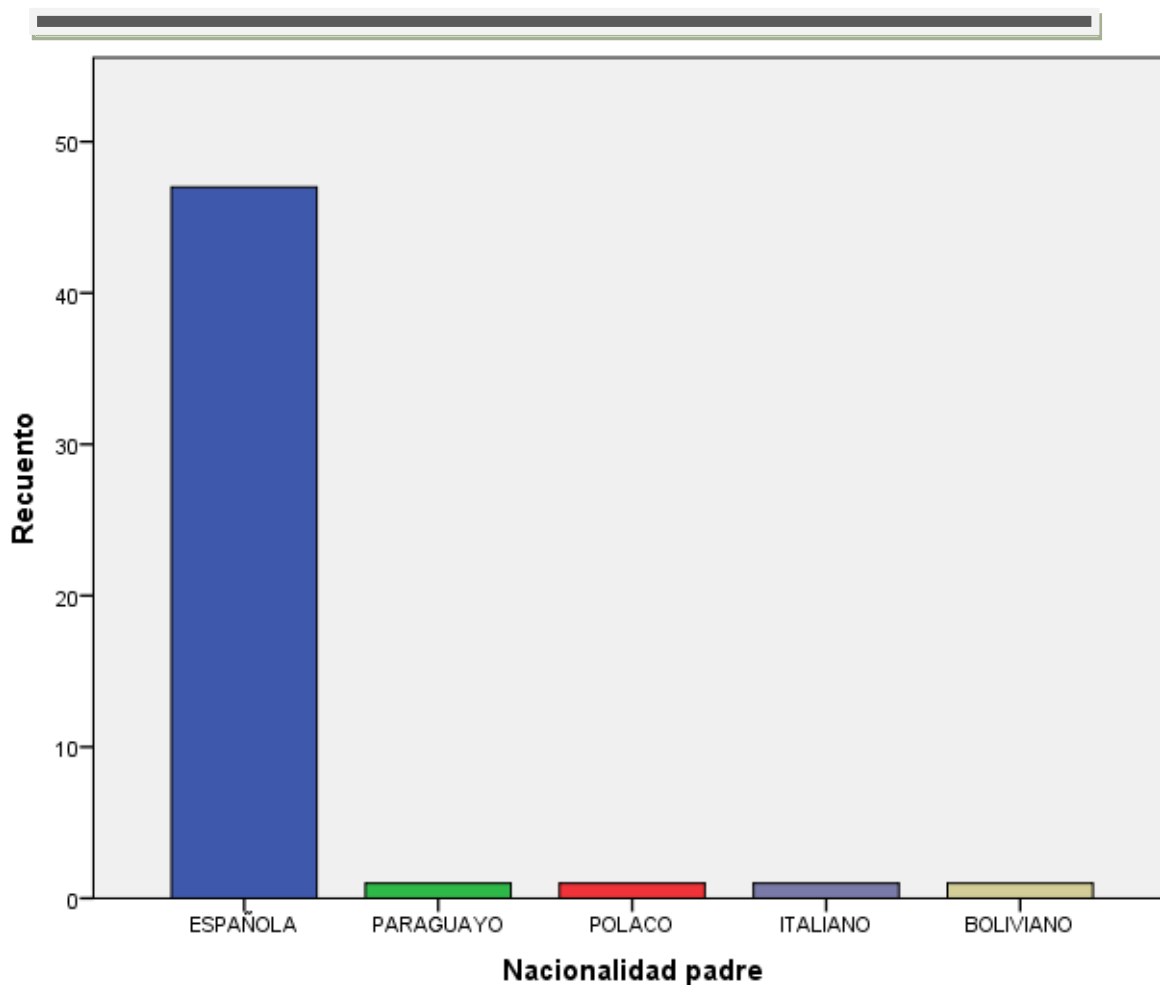


Gráfico 5. Nacionalidad Padre

De igual forma, presentamos la tabla y el gráfico de las participantes en el estudio de la variable “Nacionalidad de la madre”, viendo que los porcentajes son similares a el de los padres.

Tabla 6: Nacionalidad Madre

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válidos	ESPAÑOLA	48	92,3	92,3	92,3
	PARAGUAYA	1	1,9	1,9	94,2
	MARROQUÍ	1	1,9	1,9	96,2
	VENEZOLANA	1	1,9	1,9	98,1
	BOLIVIANA	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	100,0	100,0	



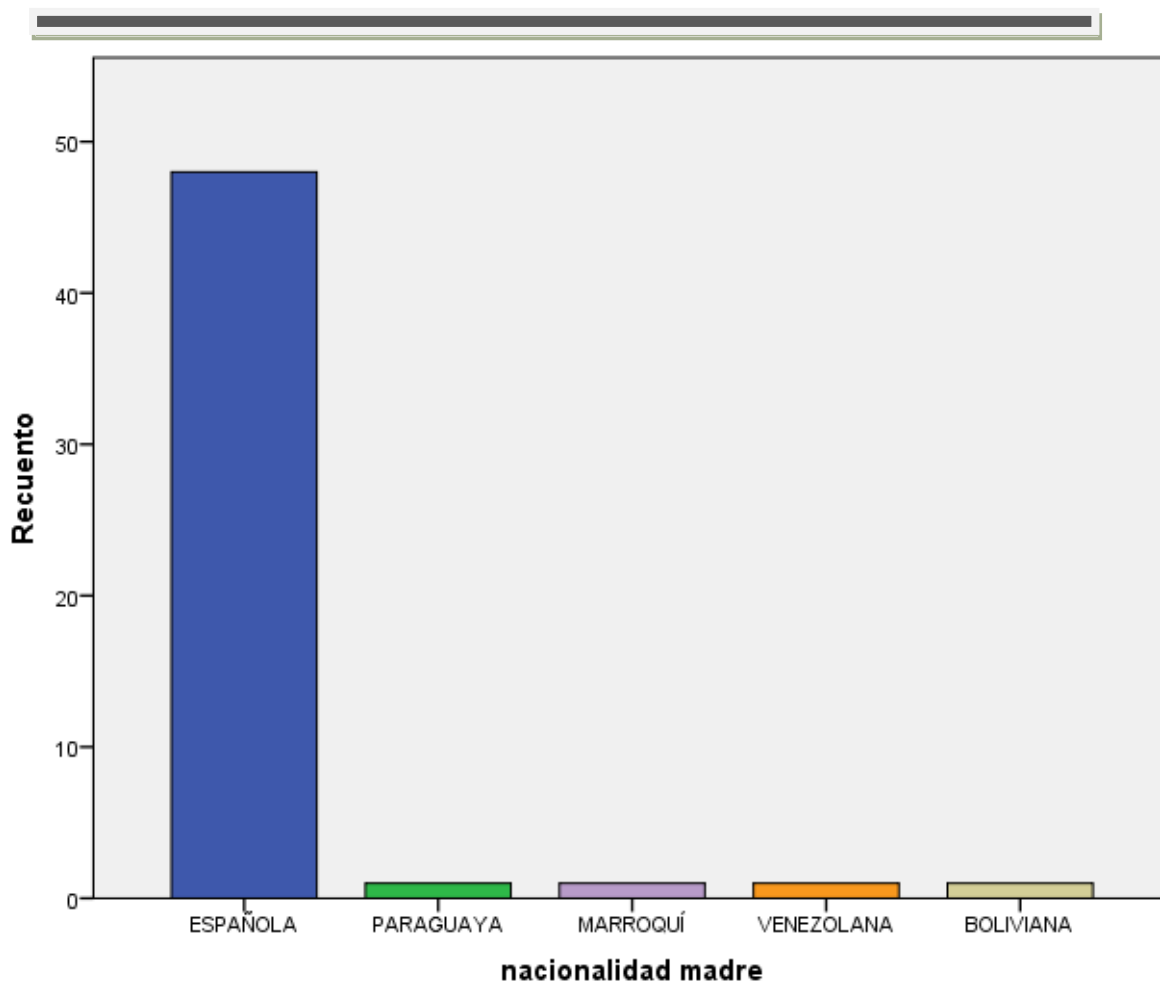


Gráfico 6. Nacionalidad madre

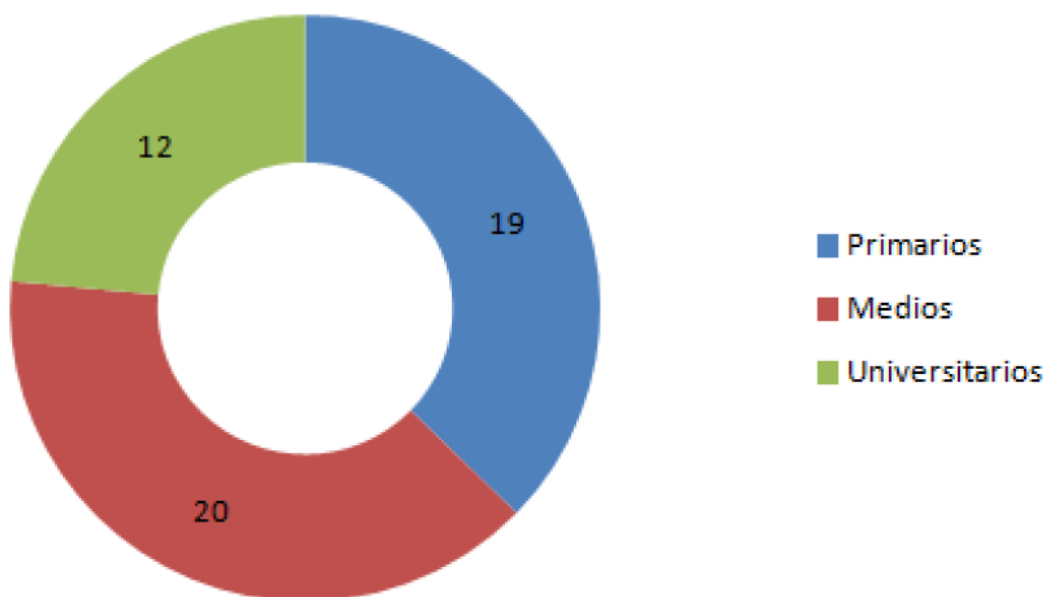
El proceso de lactancia tiene mucho que ver con la cultura y es por ello que se incluyó esta variable de nacionalidad en el presente trabajo. Era una condición *sine qua non* que los participantes manejaran con fluidez el español para poder asesorar durante la intervención y la posterior llamada para conocer el tipo de lactancia a las seis semanas. Dado que no ha habido confluencia de más de un participante por nacionalidad distinta a la española, no se ha hecho un análisis de este dato con respecto a la lactancia.

Con respecto del nivel educacional se muestra en la siguiente tabla separados por géneros, como el 36,5% de los padres tenía estudios primarios, porcentaje muy similar

a los que tenían estudios medios (38,5%). Sólo 12 de los participantes (23,1%) tenían estudios universitarios.

**Tabla 7: Nivel Educativo de los Padres**

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válidos	Primarios	19	36,5	37,3	37,3
	Medios	20	38,5	39,2	76,5
	Universitarios	12	23,1	23,5	100,0
	Total	51	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,9		
Total		52	100,0		

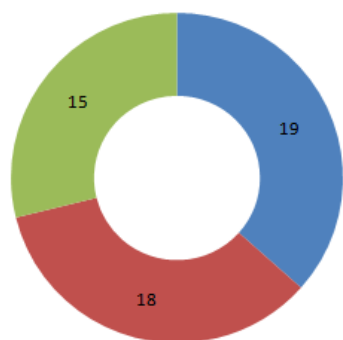
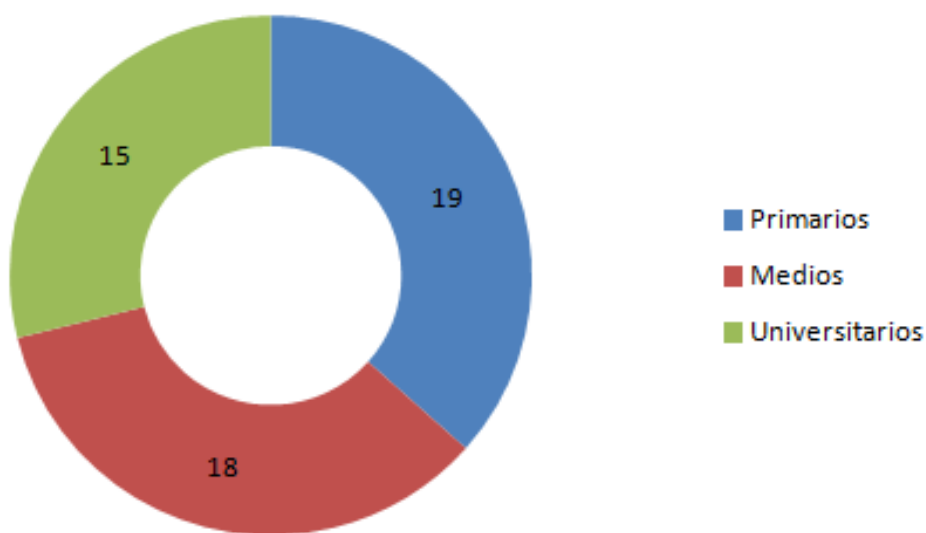


**Gráfico 7. Nivel educativo de los padres**

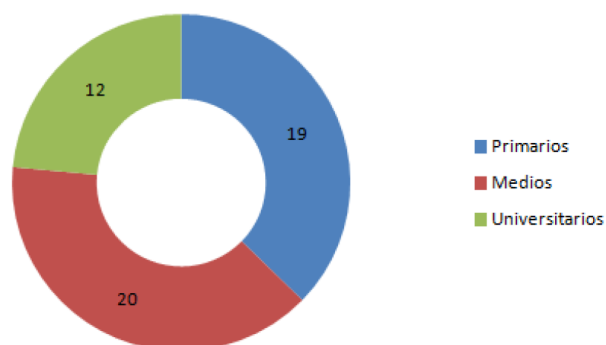
En la siguiente tabla se muestra el nivel educativo de las madres participantes siendo igual el porcentaje de estudios primarios que el de los padres (36,5%), menor el de estudios medios (34,6% vs 38,5%) y mayor el de universitarias que en los padres: 28,8% vs 23,5%.

**Tabla 8: Nivel Educativo Madres**

	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válidos	Primarios	19	36,5	36,5
	Medios	18	34,6	71,2
	Universitarios	15	28,8	100,0
	Total	52	100,0	100,0



Madres



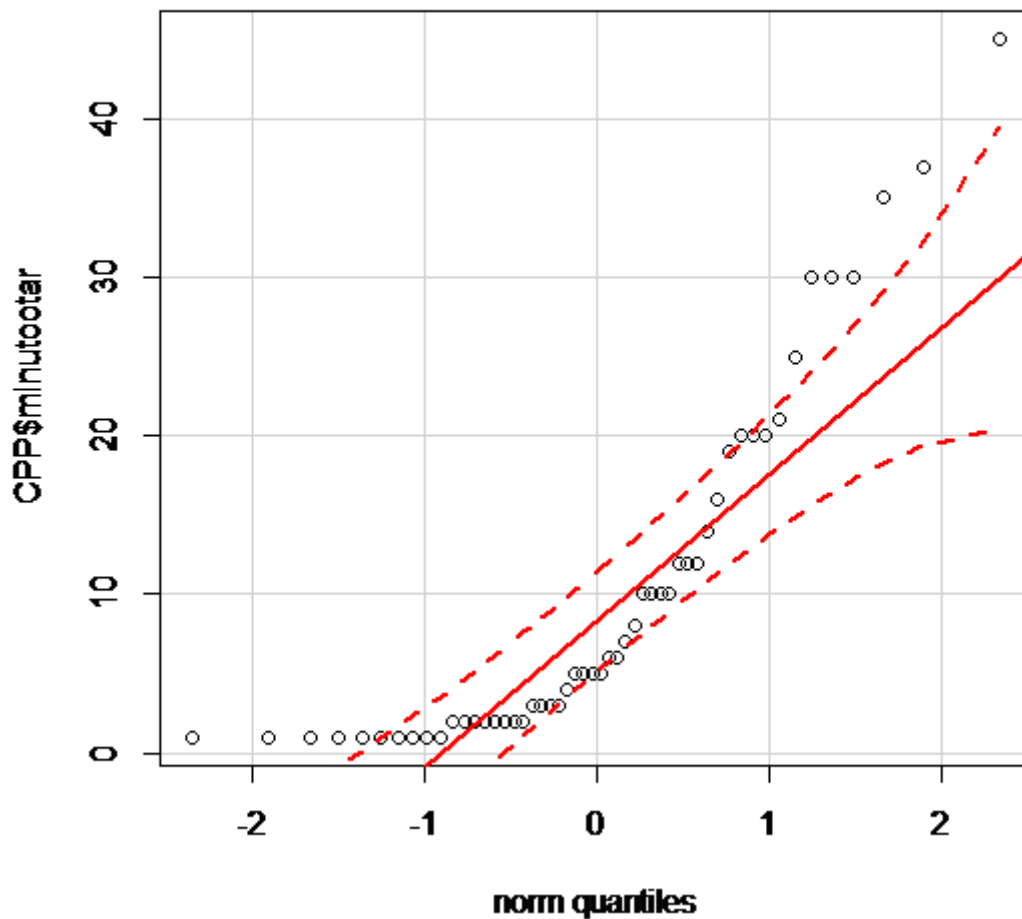
Padres

**Gráfico 8. Nivel educativo madres**

Obsérvese que la distribución de frecuencias en padres y madres respecto del nivel de estudios es muy similar cuando se enfrentan los dos gráficos.

La gráfica de comparación de cuantiles para la variable de resultado principal, que es el tiempo que tarda el bebé en coger el pecho, es la que se muestra en el gráfico 11, donde se aprecia claramente como los valores no siguen una distribución normal.

Gráfico 9. Comparación de cuantiles



En el análisis de los datos y tras realizar las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk se comprobó que los datos no seguían una distribución normal, salvo en la edad de ambos progenitores, por lo que se usó la vía no paramétrica para constatar diferencias entre el grupo comparación y el de intervención (Ver tabla 4).

## 6. 2. ANÁLISIS BIVARIANTE

Los datos basales de ambos grupos se muestran en la Tabla 9. Como puede verse, pese a no ser un estudio aleatorizado, las diferencias entre grupos no fueron significativas:

**Tabla 9: Datos Basales de ambos grupos**

	<b>Control</b>	<b>Intervención</b>	<b>p</b>
	Media (DE) o n (%)	Media (DE) o n (%)	
<b>Edad padre</b>	33,92 (6,47)	33,85 (5)	0,968
<b>edad madre</b>	32,16 (5,69)	32,96 (5,18)	0,597
<b>Nº hijos</b>	0,63 (0,68)	0,64 (0,70)	0,513
<b>Embarazos</b>	0,8 (0,82)	0,96 (1,06)	0,725
<b>Abortos</b>	0,18 (0,39)	0,28 (0,54)	0,589
<b>Partos</b>	0,1 (0,31)	0,16 (0,37)	0,561
<b>Cesáreas</b>	0,61 (0,72)	0,68 (0,75)	0,742
<b>Viven</b>	0,64 (0,7)	0,63 (0,69)	0,968
<b>Peso RN gramos</b>	3217,8 (365,44)	3389,52 (413,61)	0,12
<b>Edad gestacional</b>	38,76 (1,01)	38,81 (1,04)	0,696
<b>Nacionalidad Padre</b>			0,426
ESPAÑOLA	23 (95,83%)	24 (88,88%)	
PARAGUAYO	0	1 (3,70%)	
POLACO	0	1 (3,70%)	
ITALIANO	0	1 (3,70%)	
BOLIVIANO	1 (4,7%)	0	
<b>Nivel Educat Padre</b>			0,078
Primarios	8 (42,1%)	11 (57,9%)	
Medios	13 (65,0%)	7 (35,0%)	
Universitarios	3 (25,0%)	9 (75,0%)	
<b>Nacionalidad Madre</b>			0,404
ESPAÑOLA	23 (95,0%)	25 (92,6%)	
PARAGUAYA	0	1 (3,7%)	
MARROQUÍ	1 (2,5%)	0	
VENEZOLANA	0	1 (3,7%)	
BOLIVIANA	1 (2,5%)	0	
<b>Nivel Educat Madre</b>			0,393
Primarios	10 (40,0%)	9 (33,33%)	
Medios	10 (40,0%)	8 (29,63%)	
Universitarios	5 (20%)	10 (37,04%)	
<b>Sexo RN</b>			0,571
Masculino	14 (56%)	13 (48,15%)	
Femenino	11 (44%)	14 (51,85%)	

Respecto a la variable principal de resultado, los tiempos del CPP, el tiempo medio que los padres del grupo intervención mantienen a sus hijos piel con piel es de 1 hora 26 minutos, mientras que lo mínimo que se exigía era 1 hora 10 minutos (70 minutos):

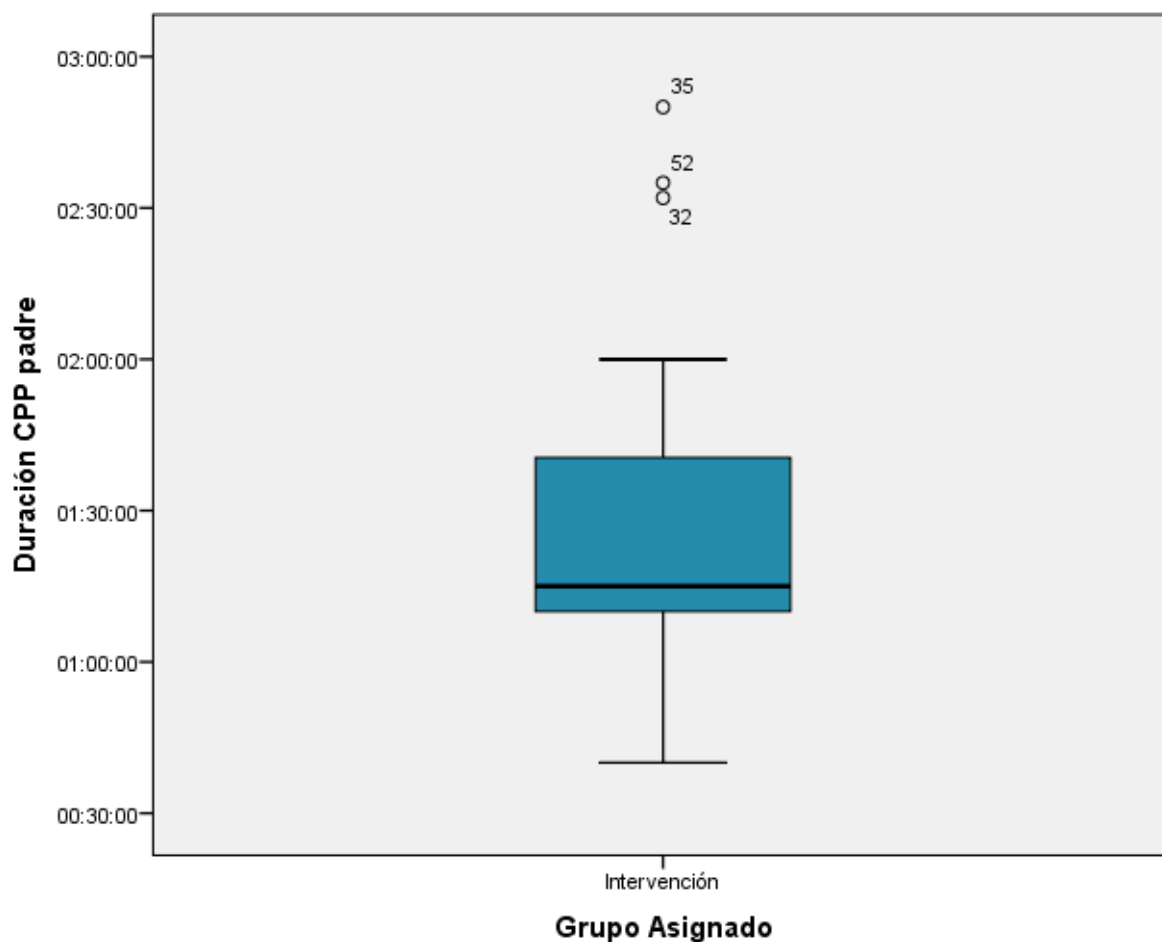


Gráfico 10. Tiempo CPP padre

Los tiempos de CPP con las madres han tenido una media similar, pero algo menor en el grupo comparación. En el grupo intervención la media ha sido de 1 hora 13 minutos, mientras que en el grupo de comparación ha sido de 1 hora 7 minutos; seis minutos de diferencia respecto del otro grupo ( $p=0,234$ ).

Se le indicaba que el tiempo óptimo mínimo de CPP era de 70 minutos, pero algunas madres abandonaban el contacto antes de ese tiempo debido al discomfort por el dolor

del procedimiento, pero las que lo hicieron antes, sus bebés ya habían iniciado la lactancia y parado en el momento de la separación.

Podemos ver gráficamente esta comparación en el siguiente cuadro (gráfico 13)

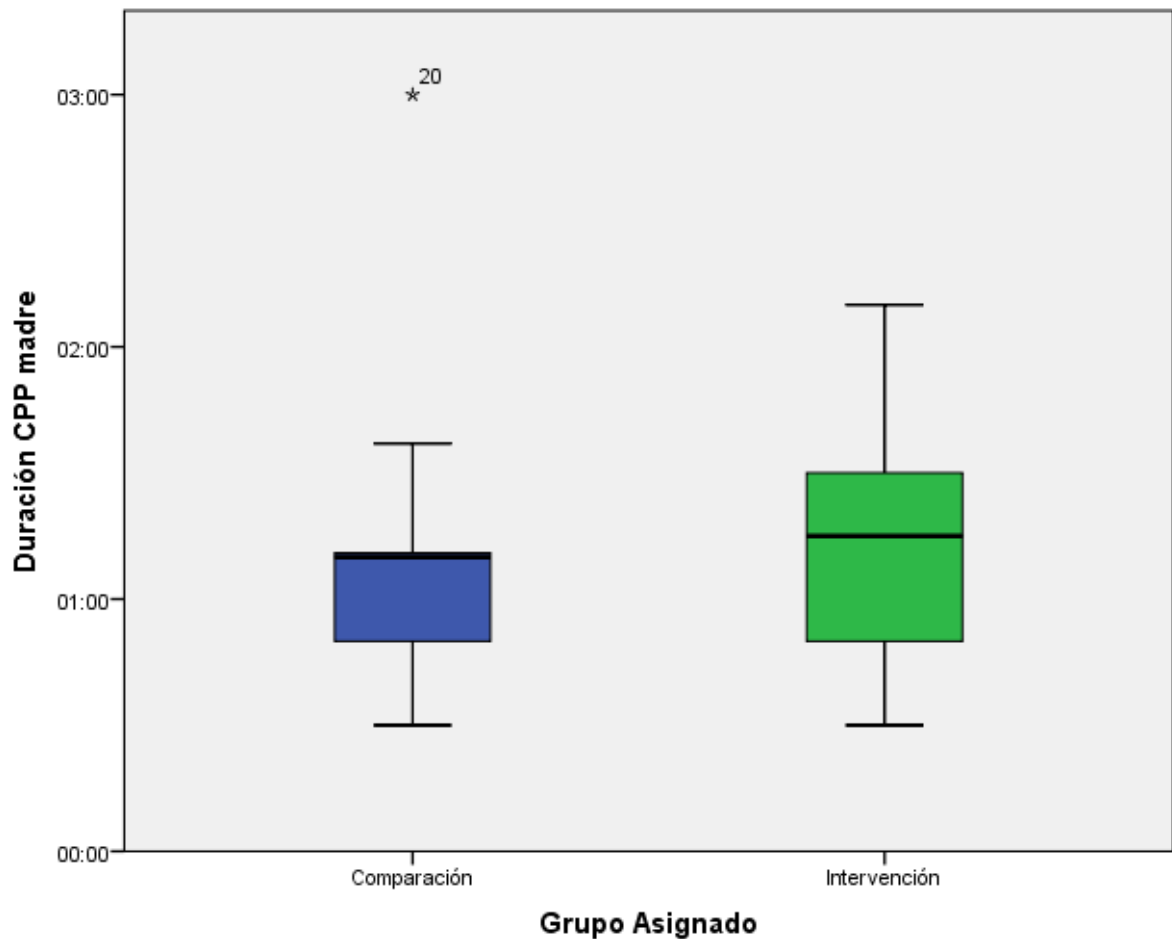


Gráfico 11. . Duración CPP madre

En la siguiente tabla se muestran los estadísticos descriptivos de las distintas variables de análisis por grupo de asignación dentro de sus intervalos de confianza al 95%, media, mediana, amplitud intercuartil y desviación típica.

Tabla 10: Estadísticos descriptivos de variables

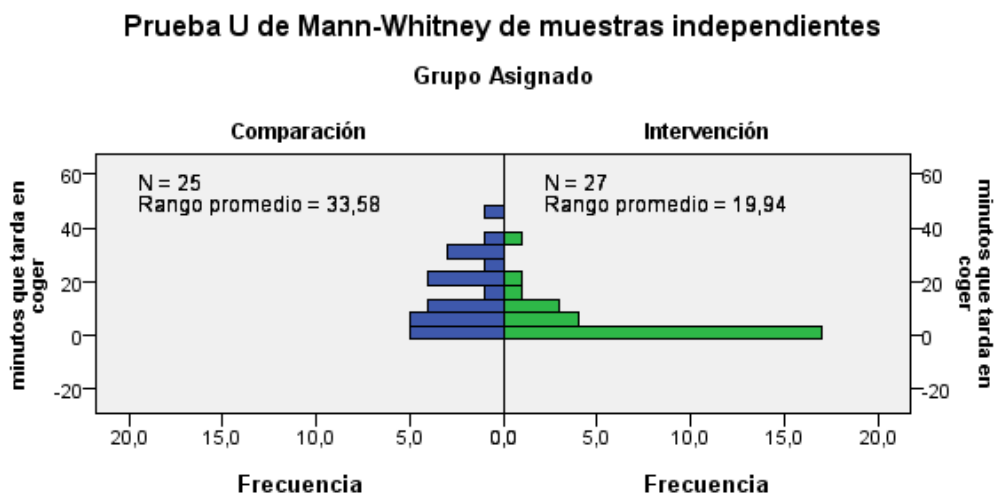
	Media (IC95%)		Mediana (AIC)		Desv. típ.	
	Comparación	Intervención	Comparación	Intervención	Comparación	Intervención
Edad padre	33,92(31,18 a 36,65)	33,85(31,87 a 35,83)	33 (8,75)	34 (8)	6,473	4,998
Hijos	0,71(0,42 a 1)	0,59(0,32 a 0,87)	1 (1)	0 (1)	,690	,694
edad madre	32,16(29,81 a 34,51)	32,96(30,91 a 35,01)	32 (8,5)	33 (7)	5,691	5,185
Embarazos	0,8(0,46 a 1,14)	0,96(0,55 a 1,38)	1 (1,5)	1 (2)	,816	1,055
Abortos	0,18(0,01 a 0,36)	0,28(0,06 a 0,5)	0 (0)	0 (0,5)	,395	,542
Partos	0,1(-0,04 a 0,24)	0,16(0,01 a 0,31)	0 (0)	0 (0)	,308	,374
Cesáreas	0,61(0,3 a 0,92)	0,68(0,37 a 0,99)	0 (1)	1 (1)	,722	,748
Viven	0,7(0,39 a 1)	0,68(0,4 a 0,96)	1 (1)	1 (1)	,703	,690
Meses Lac 1 hijo	5,23(3,32 a 7,14)	6,33(-0,16 a 12,83)	4 (3,5)	3 (4)	3,166	11,727
Meses Lac 2 hijo	19,33(-16,35 a 55,02)	3,5(-3,44 a 10,44)	25 (.)	2,5 (8)	14,364	4,359
Peso RN gramos	3217,8(3066,95 a 3368,65)	3389,52(3225,9 a 3553,14)	3126 (542)	3340 (570)	365,443	413,609
Edad gestacional	38,76(38,34 a 39,18)	38,81(38,4 a 39,23)	39 (1)	39 (1)	1,012	1,039
Duración CPP padre	0(0 a 0)	0,06(0,05 a 0,07)		1,15 (0,31)		0,31
Duración CPP madre	0,05(0,04 a 0,05)	0,05(0,04 a 0,06)	1,10 (0,24)	1,15 (0,4)	0,28	0,3
minutos que tarda en coger	15(9,9 a 20,1)	5,63(2,66 a 8,6)	12 (18,5)	3 (7)	12,349	7,515



## ANÁLISIS BIVARIANTE DE LOS OBJETIVOS

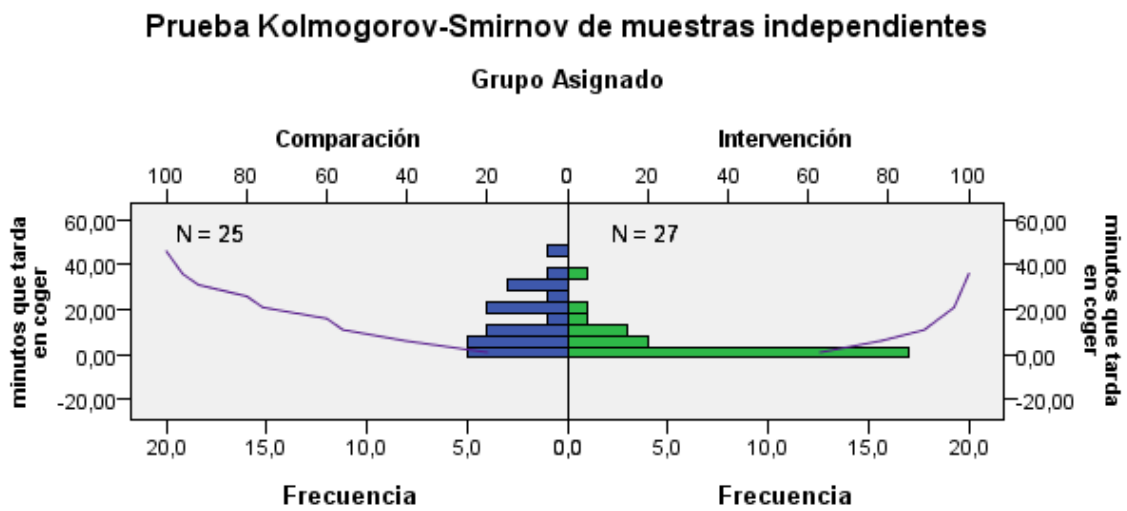
### **Objetivo 1: Conocer la influencia del CPP padre-RN sobre el tiempo que tarda el RN en iniciar la lactancia materna al entrar en contacto con su madre**

La comprobación de la hipótesis nula del estudio, (*La lactancia materna no se inicia antes en el grupo de niños con CPP con el padre que en el grupo con cuidados habituales*), mostró resultados que invitan a rechazarla y aceptar la hipótesis alternativa, ya que el tiempo que tarda el recién nacido en prenderse al pecho de su madre en los dos grupos es significativamente distinto: En el grupo Comparación la media es 15 minutos (IC al 95% 9,9 a 20,1) y una DE de 12,349. En el grupo intervención la media es de 5,63(IC al 95% 2,66 a 8,6) y una DE de 7,515.



<b>N total</b>	52
<b>U de Mann-Whitney</b>	160,500
<b>W de Wilcoxon</b>	538,500
<b>Probar estadística</b>	160,500
<b>Error típico</b>	54,259
<b>Estadística de prueba estandarizada</b>	-3,262
<b>Sig. asintótica (prueba de dos caras)</b>	,001

Gráfico 12. Prueba U de Mann Whitney



<b>N total</b>		52
	<b>Absolutos</b>	,461
<b>Diferencias más extremas</b>	<b>Positivos</b>	,461
	<b>Negativos</b>	,000
<b>Probar estadística</b>		1,660
<b>Sig. asintótica (prueba de dos caras)</b>		,008

Gráfico 13. Prueba Kolmogorov Smirnov

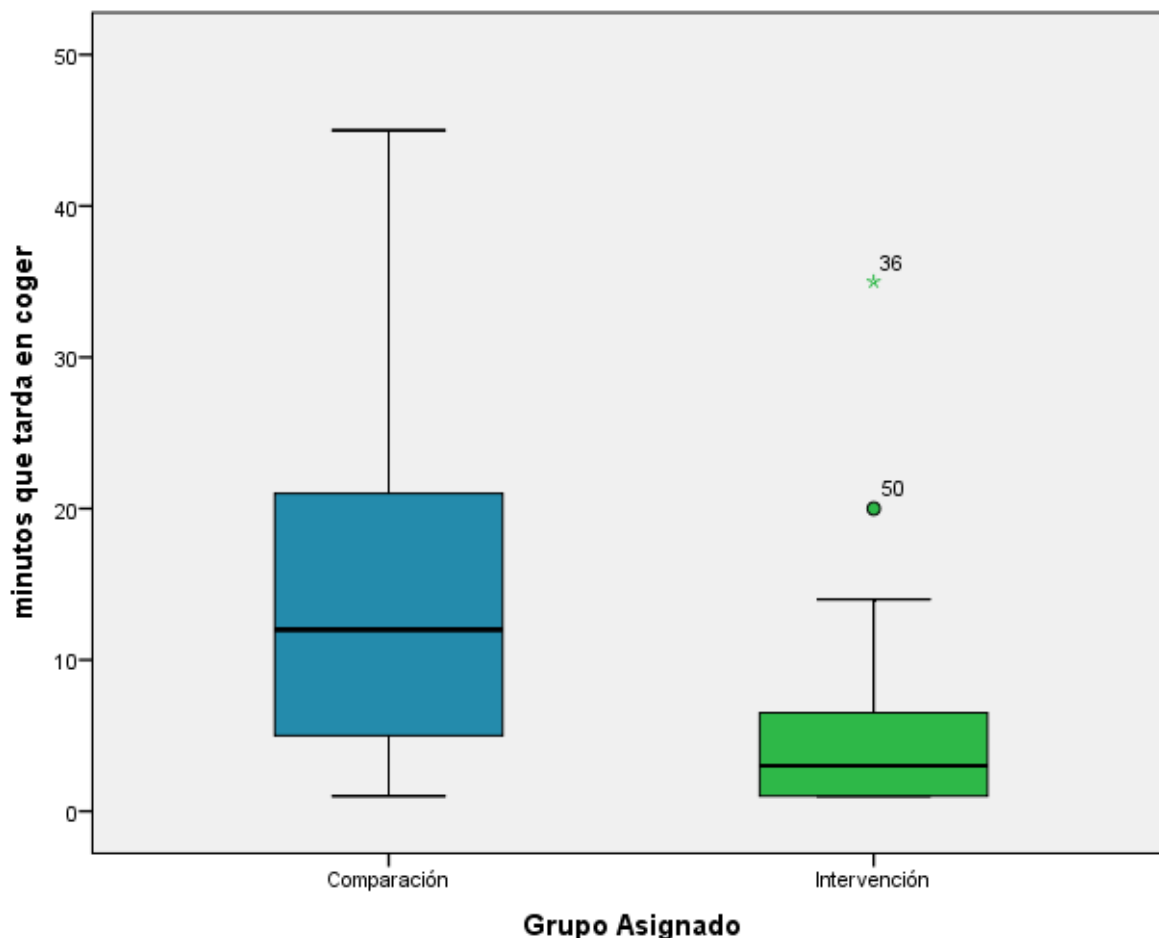


Gráfico 14. Minutos que tarda en coger el pecho

En el gráfico 16 se puede apreciar claramente como existe una clara diferencia en los minutos que tarda el recién nacido en prenderse al pecho de su madre en el grupo de recién nacido que han estado en CPP con sus padres, concretamente lo hace aproximadamente 10 minutos antes que en el grupo Comparación, tal y como se muestra en la tabla siguiente en el rango promedio

Tabla 11: Rangos de minutos en coger pecho y CPP padre

	Grupo Asignado	N	Rango promedio	Suma de rangos
minutos que tarda en coger	Comparación	25	44	375
	Intervención	27	34	152
	Total	52		
Duración CPP padre	Comparación	0 <sup>a</sup>	,00	,00
	Intervención	27	2:10	39:06
	Total	27		

a No es posible realizar la prueba de Mann-Whitney ya que en el grupo Comparación no se hace CPP.

Tabla 12: Estadísticos de contraste de tabla 11

	minutos que tarda en coger
U de Mann-Whitney	160,500
W de Wilcoxon	538,500
Z	-3,262
Sig. asintót. (bilateral)	0,001

a Variable de agrupación: Grupo Asignado

El histograma de frecuencias de la principal variable de resultado: “minutos que tarda en coger el pecho” por grupo, lo podemos observar en el siguiente gráfico (gráfico 17).

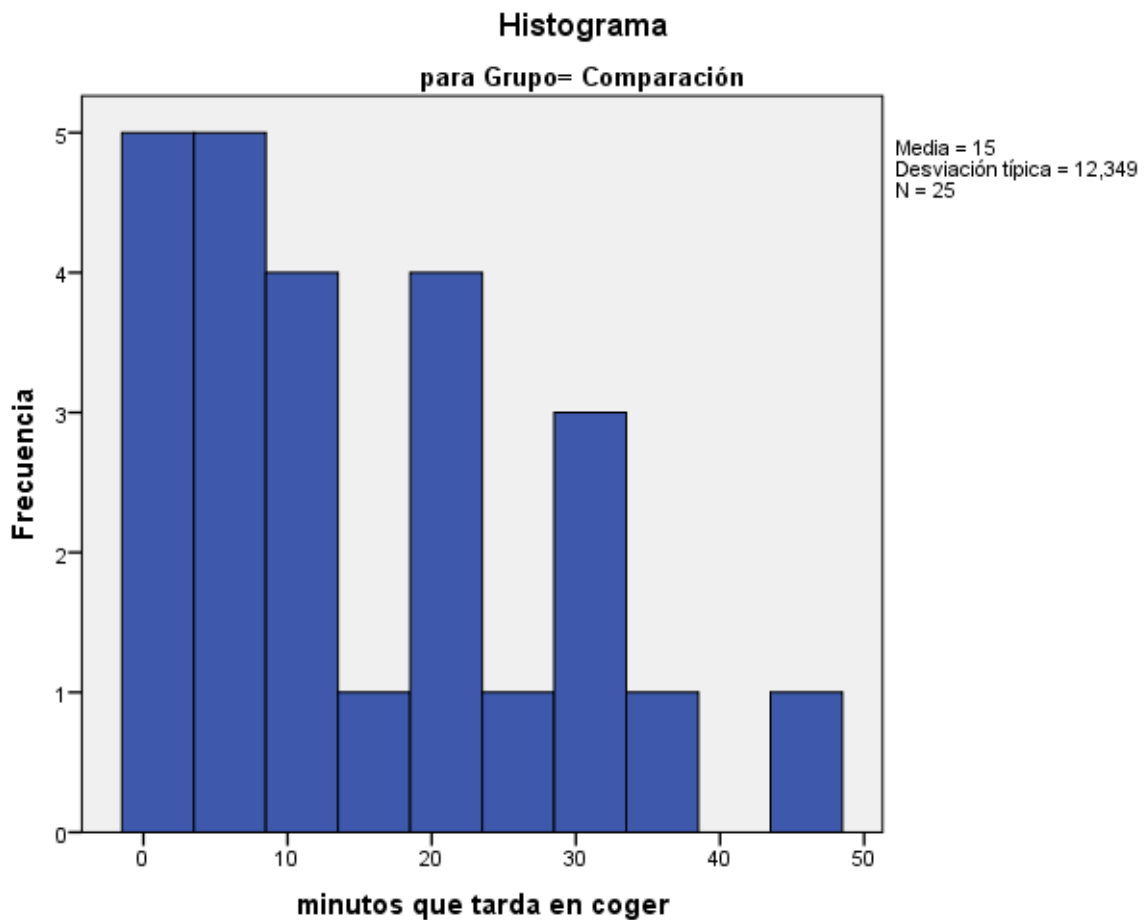
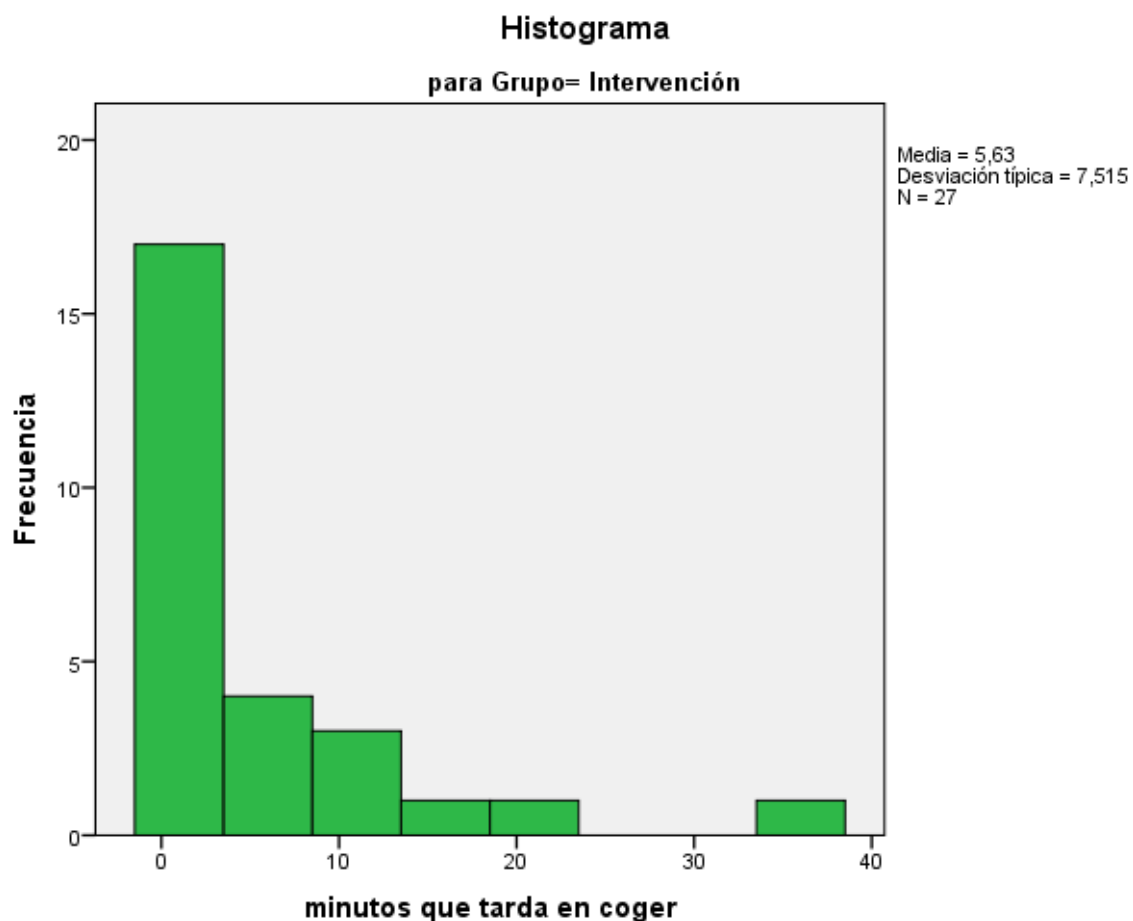


Gráfico 15. Minutos que tarda en coger el pecho Comparación

La media en el grupo comparación es de 15 minutos con una desviación típica de 12,349.

Para el grupo intervención el histograma de frecuencia es el siguiente (gráfico 18):



**Gráfico 16. Minutos que tarda en coger el pecho Intervención**

La media en este grupo es de 5,63 minutos, aproximadamente 10 minutos menos que en el grupo comparación, y la desviación típica es menor: 7,515, lo que significa que existe menos variabilidad en los tiempos en este grupo que el grupo comparación.

Respecto del CPP con padres y madres, las medias en los tiempos del CPP con padres en el grupo intervención y del CPP en madres en el grupo Comparación e intervención lo podemos ver en la tabla que sigue.

Tabla 13: Duración por grupo CPP madre y padre

Grupo Asignado		Duración CPP padre	Duración CPP madre
Comparación	Media		1:07
	Desv. típ.		0:28
Intervención	Media	1:26	1:13
	Desv. típ.	0:31	0:30

Obsérvese que la media del CPP con padre ha sido de 86 minutos cuando lo que estimábamos como mínimo aceptable era de 70 minutos. La desviación típica de 0,31 indica que los valores tienen una escasa dispersión.

En el caso del CPP en madres, las medias son muy parecidas ya que en el grupo Comparación es de 67 minutos y en el grupo intervención es de 73; seis minutos menos que en el grupo comparación. En este caso, el CPP con la madre no ha alcanzado la media de 70 minutos exacto, pero la incomodidad de la intervención y de la posición de decúbito supino obligatoria durante la reanimación postanestésica obligaba a que muchas madres solicitaran terminar el contacto por dolor o incomodidad.

La desviación típica en ambos grupos del CPP de madres han sido muy similares, 0,28 en el comparación y 0,30 en el grupo intervención.

En el análisis sobre si existe relación entre la duración del contacto piel con piel con la madre y el tiempo que tarda en coger el pezón, existe una significación de 0,075, muy cercana a la de 0,05 que es nivel que hemos considerado para rechazar o aceptar la hipótesis nula.

La tabla 14 muestra el análisis no paramétrico de esta relación.

Tabla 14: Estadísticos de contraste Duración CPP y minutos en coger

		minutos que tarda en coger	Duración CPP madre
Diferencias más extremas	Absoluta	,461	,356
	Positiva	,461	,108
	Negativa	,000	-,356
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,660	1,281
Sig. asintót. (bilateral)		,008	,075

a. Variable de agrupación: Grupo Asignado

No se puede calcular respecto de la duración del CPP con el padre, ya que en el grupo comparación el valor es 0:

**Resumen de prueba de hipótesis**

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	Las medianas de Duración CPP padre son las mismas entre las categorías de Grupo Asignado.	Prueba de medianas de muestras independientes	.	No se puede calcular.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es



**Objetivo 2: Comprobar el tipo de lactancia al alta hospitalaria según grupo asignado: exclusiva, mixta o artificial.**

En el análisis de estos datos se observó que no existe diferencia significativa entre los grupos pero sí existe una tendencia clínica tal y como se muestra en las tablas y gráficos siguientes:

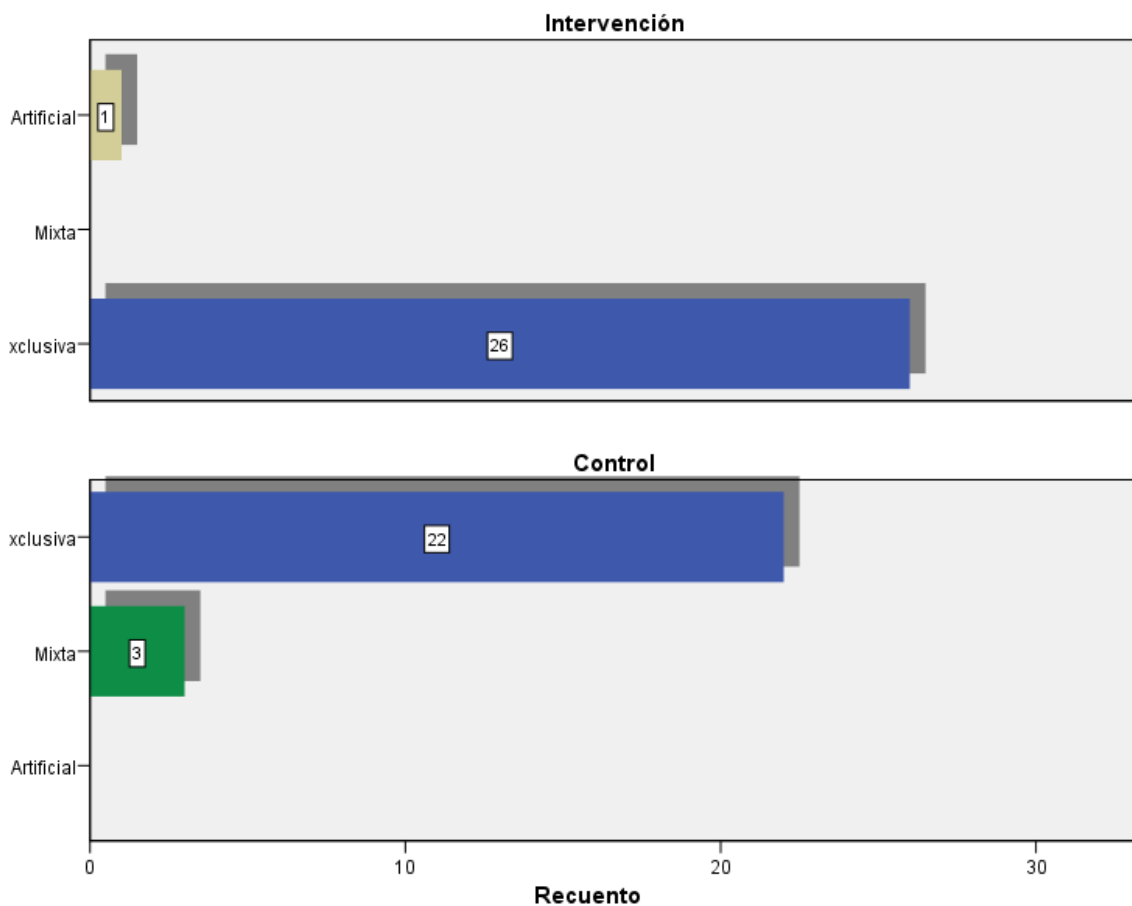


Gráfico 17. Tipo de Lactancia al alta por grupos

Tal y como muestra el gráfico 19, en el grupo intervención todos los recién nacidos se fueron con lactancia exclusiva excepto uno con lactancia artificial debido a un cambio de decisión de la madre respecto a su deseo de amamantar, mientras que en el grupo comparación 2 bebés se fueron con lactancia mixta y ninguno con lactancia artificial. El alta de una cesárea en el hospital de estudio suele ser al cuarto día postintervención si no existen problemas para la madre ni para el bebé.

El hecho de que exista tendencia clínica a la lactancia exclusiva en el grupo intervención pero sin significación estadística, puede ser debido a que el tamaño muestral no ha sido lo suficientemente grande como para que se confirmara este objetivo.

Las tablas del análisis que muestran los resultados de este objetivo son las siguientes:

Tabla 15: Tabla de contingencia Lactancia al alta por grupo						
			Lactancia al alta			Total
			Exclusiva	Mixta	Artificial	
Grupo Asignado	Intervención	Recuento	26	0	1	27
		% dentro de Grupo Asignado	96,3%	,0%	3,7%	100,0%
		% del total	50,0%	,0%	1,9%	51,9%
	Comparación	Recuento	22	3	0	25
		% dentro de Grupo Asignado	88,0%	12,0%	,0%	100,0%
		% del total	42,3%	5,8%	,0%	48,1%
Total		Recuento	48	3	1	52
		% dentro de Grupo Asignado	92,3%	5,8%	1,9%	100,0%
		% del total	92,3%	5,8%	1,9%	100,0%

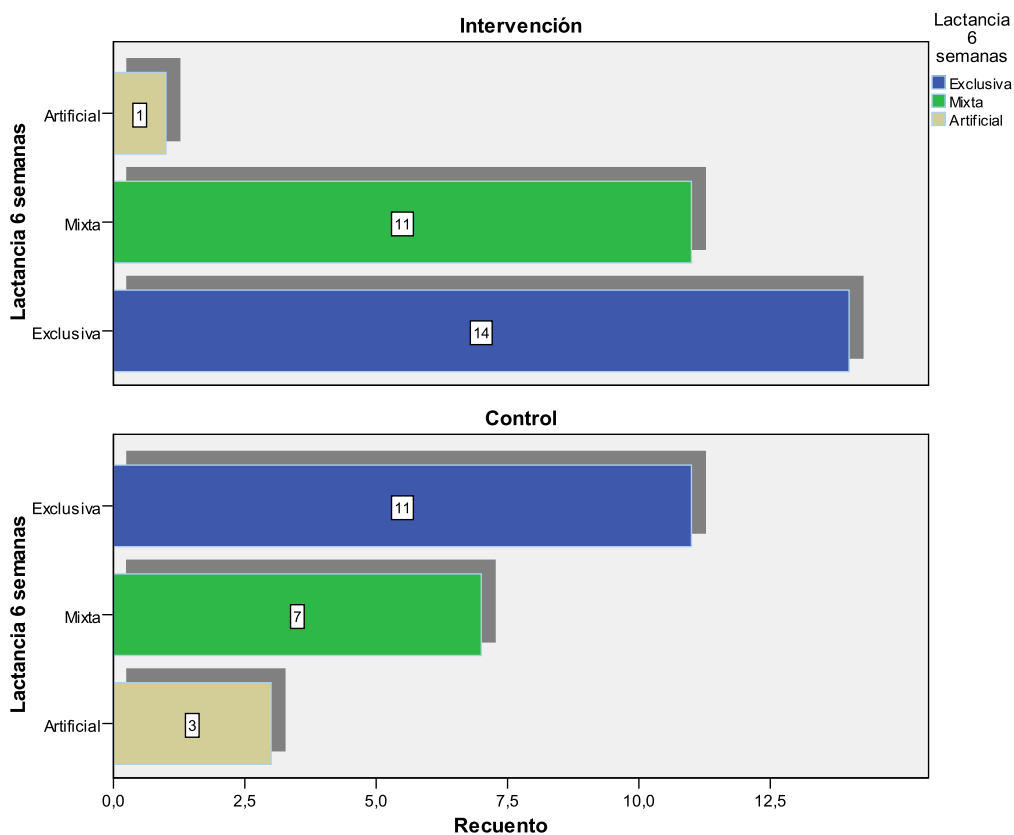
Tabla 16: Pruebas de chi-cuadrado de tabla 15

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,263 <sup>a</sup>	2	,119
Razón de verosimilitudes	5,802	2	,055
Asociación lineal por lineal	,214	1	,644
N de casos válidos	52		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,48.

**Objetivo 3: Comprobar el tipo de lactancia a las seis semanas según grupo asignado: exclusiva, mixta o artificial.**

Tampoco se encontró significación estadística en este punto, existiendo una tendencia clínica menor que el punto anterior pero similar, tal y como muestra el gráfico de barras número 20:



**Gráfico 18. Tipo de Lactancia 6 semanas por grupos**

Llama la atención cómo en el grupo intervención la lactancia mixta es superior a las seis semanas que en el grupo comparación, pudiendo ser debido a factores externos al estudio, tales como el apoyo familiar, profesional, de iguales, etc.

Al no existir significación estadística en este punto ( $p=0,202$ ), sólo podemos hablar de tendencia clínica a un menor número de bebés con lactancia artificial en el grupo de piel con piel con padres frente al grupo comparación.

Las tablas que muestran estos resultados son las siguientes:

**Tabla 17: Tabla de contingencia Lactancia 6 semanas por grupo**

			Lactancia 6 semanas			Total
			Exclusiva	Mixta	Artificial	
Grupo Asignado	Comparación	Recuento	11	7	3	21
		% dentro de Grupo Asignado	52,4%	33,3%	14,3%	100,0%
		% dentro de Lactancia 6 semanas	44,0%	38,9%	75,0%	44,7%
		% del total	23,4%	14,9%	6,4%	44,7%
		Residuos corregidos	-,1	-,6	1,3	
	Intervención	Recuento	14	11	1	26
		% dentro de Grupo Asignado	53,8%	42,3%	3,8%	100,0%
		% dentro de Lactancia 6 semanas	56,0%	61,1%	25,0%	55,3%
		% del total	29,8%	23,4%	2,1%	55,3%
		Residuos corregidos	,1	,6	-1,3	
Total	Recuento	25	18	4	47	
	% dentro de Grupo Asignado	53,2%	38,3%	8,5%	100,0%	
	% dentro de Lactancia 6 semanas	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	53,2%	38,3%	8,5%	100,0%	

Tabla 18: Pruebas de chi-cuadrado de tabla 17

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,626 <sup>a</sup>	1	,202
Razón de verosimilitudes	1,658	1	0,197
Asociación lineal por lineal	1,591	1	,207
N de casos válidos	47		

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia mínima esperada es 1,79.

Tabla 19: Tabla de contingencia L. alta agrupadas

			Tipo de lactancia al alta		Total
			Materna	Artificial	
Grupo Asignado	Comparación	Recuento	25	0	25
		% dentro de Grupo Asignado	100,0%	,0%	100,0%
		% dentro de Tipo de lactancia al alta	49,0%	,0%	48,1%
		% del total	48,1%	,0%	48,1%
		Residuos corregidos	1,0	-1,0	
	Intervención	Recuento	26	1	27
		% dentro de Grupo Asignado	96,3%	3,7%	100,0%
		% dentro de Tipo de lactancia al alta	51,0%	100,0%	51,9%
		% del total	50,0%	1,9%	51,9%
		Residuos corregidos	-1,0	1,0	
Total		Recuento	51	1	52
		% dentro de Grupo Asignado	98,1%	1,9%	100,0%
		% dentro de Tipo de lactancia al alta	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	98,1%	1,9%	100,0%

Considerando la lactancia mixta como un tipo de lactancia materna, ya que en cierta medida se beneficia de sus propiedades, se han agrupado la lactancia exclusiva y la mixta en un mismo grupo para el análisis del riesgo en función de este factor.

La tabla que muestra los resultados de esta agrupación al alta es la siguiente:

**Tabla 20: Pruebas de chi-cuadrado de tabla 19**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,944 <sup>a</sup>	1	,331		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	1,329	1	,249		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,519
Asociación lineal por lineal	,926	1	,336		
N de casos válidos	52				

En este análisis no se puede hacer el cálculo de la OR, ya que el valor de la lactancia artificial en el grupo comparación es 0, por lo que este número actuaría como numerador en el cálculo, invalidando el resultado. Por ello mostramos el valor de la estimación de riesgo calculada:

**Tabla 21: Estimación de riesgo L. al alta**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Para la cohorte Tipo de lactancia al alta = Materna	1,038	,964	1,118
N de casos válidos	52		

Para la lactancia a las seis semanas las tablas que muestran los resultados son las siguientes:

**Tabla 22: Tabla de contingencia L. 6 semanas agrupadas**

			Tipo de lactancia a las 6 semanas		
			Materna	Artificial	Total
Grupo Asignado	Comparación	Recuento	18	3	21
		% dentro de Grupo Asignado	85,7%	14,3%	100,0%
		% dentro de Tipo de lactancia a las 6 semanas	41,9%	75,0%	44,7%
		% del total	38,3%	6,4%	44,7%
		Residuos corregidos	-1,3	1,3	
	Intervención	Recuento	25	1	26
		% dentro de Grupo Asignado	96,2%	3,8%	100,0%
		% dentro de Tipo de lactancia a las 6 semanas	58,1%	25,0%	55,3%
		% del total	53,2%	2,1%	55,3%
		Residuos corregidos	1,3	-1,3	
Total	Recuento	43	4	47	
	% dentro de Grupo Asignado	91,5%	8,5%	100,0%	
	% dentro de Tipo de lactancia a las 6 semanas	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	91,5%	8,5%	100,0%	



Tabla 23: Pruebas de chi-cuadrado de tabla 22

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,626 <sup>a</sup>	1	,202		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,562	1	,454		
Razón de verosimilitudes	1,658	1	,198		
Estadístico exacto de Fisher				,311	,227
Asociación lineal por lineal	1,591	1	,207		
N de casos válidos	47				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,79.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 24: Estimación de riesgo L 6 semanas

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Grupo Asignado (Comparación / Intervención)	,240	,023	2,499
Para la cohorte Tipo de lactancia a las 6 semanas = Materna	,891	,737	1,079
Para la cohorte Tipo de lactancia a las 6 semanas = Artificial	3,714	,416	33,151
N de casos válidos	47		

En esta última sí se ha podido calcular la OR, que es de 0,24, aunque no significativo, viene a incidir en lo que ya se ha comentado anteriormente, que puede ser debido a factores externos a este estudio, tales como el apoyo familiar, profesional, de iguales, etc.

Los resultados de esta investigación en cuanto a duración del CPP madre y la lactancia a las seis semanas son los que se muestran a continuación:

**Tabla 25: Tabla de contingencia Duración CPP madre (agrupado) \* Tipo de lactancia a las 6 semanas**

			Tipo de lactancia a las 6 semanas		Total
			Artificial	Materna	
Duración CPP madre (agrupado)	<= 0:50	Recuento	1	14	15
		% dentro de Tipo de lactancia a las 6 semanas	25,0%	32,6%	31,9%
		Residuos corregidos	-,3	,3	
	0:51 - 1:10	Recuento	1	11	12
		% dentro de Tipo de lactancia a las 6 semanas	25,0%	25,6%	25,5%
		Residuos corregidos	,0	,0	
	1:11 - 1:20	Recuento	1	8	9
		% dentro de Tipo de lactancia a las 6 semanas	25,0%	18,6%	19,1%
		Residuos corregidos	,3	-,3	
	1:21+	Recuento	1	10	11
		% dentro de Tipo de lactancia a las 6 semanas	25,0%	23,3%	23,4%
		Residuos corregidos	,1	-,1	
Total	Recuento	4	43	47	
	% dentro de Tipo de lactancia a las 6 semanas	100,0%	100,0%	100,0%	

Los resultados no son significativamente estadísticos con una  $\chi^2$  de 0,149 y una  $p=0,985$

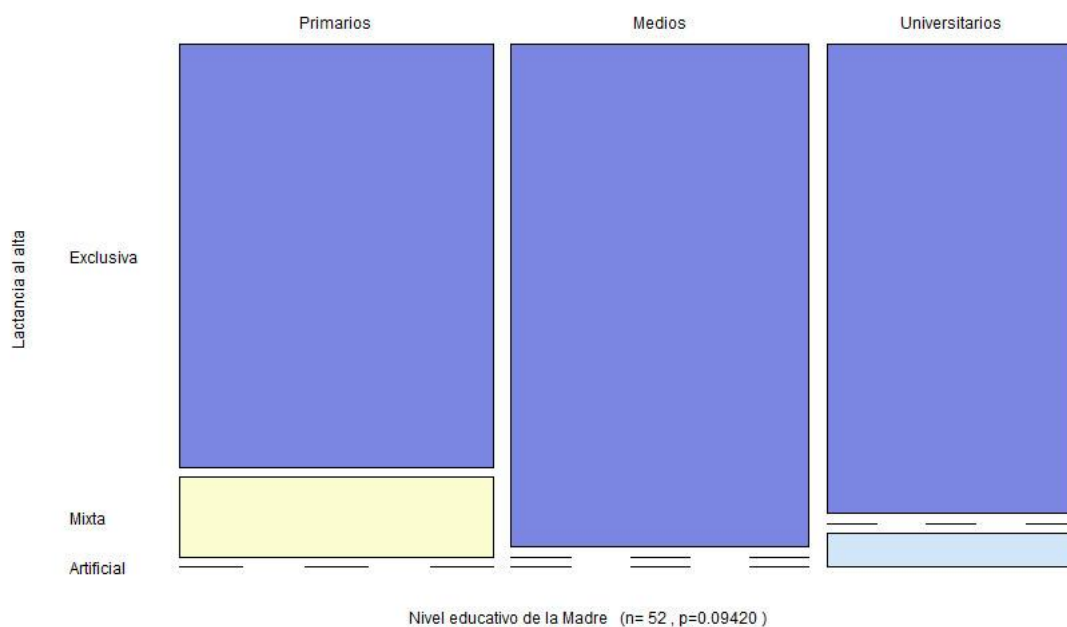
Como se puede apreciar, en los resultados el porcentaje de lactancia artificial se reparte por igual en todos los tramos de tiempo (25%); sin embargo, la lactancia materna es menor en el grupo de entre 1:11 - 1:20 (18,6%) que en el resto de los tramos.

En esta investigación se ha podido observar los resultados que se muestran en la siguiente tabla con respecto del nivel educacional de la madre y la lactancia al alta:

**Tabla 26: Tabla de contingencia Nivel educacional y Lactancia al alta**

Grupo Asignado				Tipo de lactancia al alta		Total
				Artificial	Materna	
Comparación	N. Educativo	Primarios	Recuento		8	8
			% del total		33,3%	33,3%
	Medios	Recuento		13	13	
		% del total		54,2%	54,2%	
	Universitarios	Recuento		3	3	
		% del total		12,5%	12,5%	
Total	Recuento		24	24		
Intervención	N. Educativo	Primarios	Recuento	1	10	11
			% del total	3,7%	37,0%	40,7%
	Medios	Recuento	0	7	7	
		% del total	,0%	25,9%	25,9%	
	Universitarios	Recuento	0	9	9	
		% del total	,0%	33,3%	33,3%	
Total	Recuento	1	26	27		
	% del total	3,7%	96,3%	100,0%		

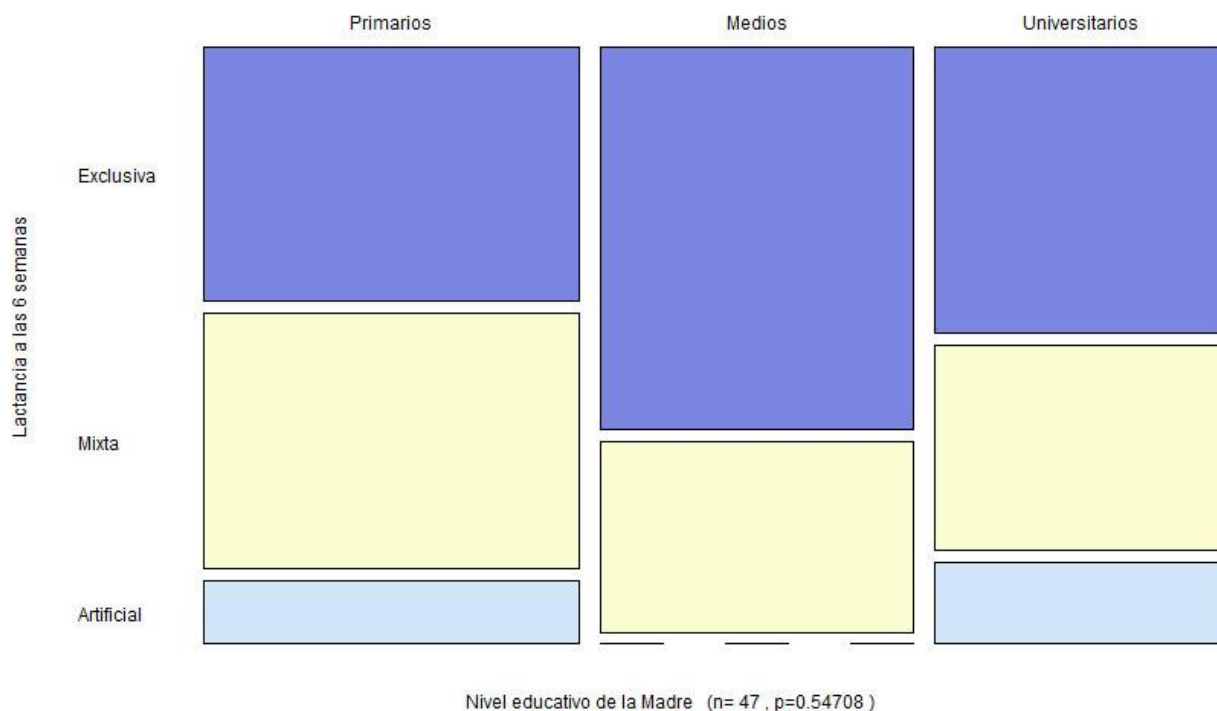
El gráfico 21 resume e ilustra estos resultados.



**Gráfico 19. Nivel educativo madre y Lactancia al alta**

Podemos observar cómo en el grupo de estudios medios la lactancia al alta fue siempre exclusiva, y en el grupo de universitarias llama la atención que la lactancia exclusiva fue más alta que en el de estudios primarios, pero también lo fue la lactancia artificial frente al mismo grupo, pareciendo que a mayor nivel cultural las decisiones de las madres son más taxativas, pero estos resultados no tienen significación estadística. Sí es cierto que solo una mujer del grupo intervención se fue al alta con lactancia artificial y sus estudios eran primarios.

Sobre la lactancia a las seis semanas y el nivel educativo, el gráfico 22 detalla los resultados



**Gráfico 20. . Nivel educativo madre y Lactancia 6 semanas**

A las seis semanas el tipo de lactancia es más diverso que al alta, incrementándose la lactancia mixta y artificial en ambos grupos. Llama la atención cómo en el grupo de estudios medios, no hay lactancia artificial y la lactancia exclusiva es la mayor de los tres grupos. Sin embargo la lactancia artificial en el grupo de universitarias fue mayor que en el resto de los grupos, pero también teniendo en cuenta que los resultados no fueron significativos ( $p=0,54$ ).

Si lo que analizamos es si existe alguna relación con el tiempo que tarda en bebé en prenderse al pecho materno por grupos (intervención y comparación) y el nivel educativo de la madre, parece apreciarse también una tendencia a que en el grupo de las universitarias el intervalo de tiempo fue menor que en el resto tal y como se aprecia en el

gráfico 23, pero inversamente proporcional al grupo asignado, siendo el más corto el de las madres con estudios primarios del grupo intervención, aunque los resultados tampoco fueron estadísticamente significativos ( $p=0,502$ ).

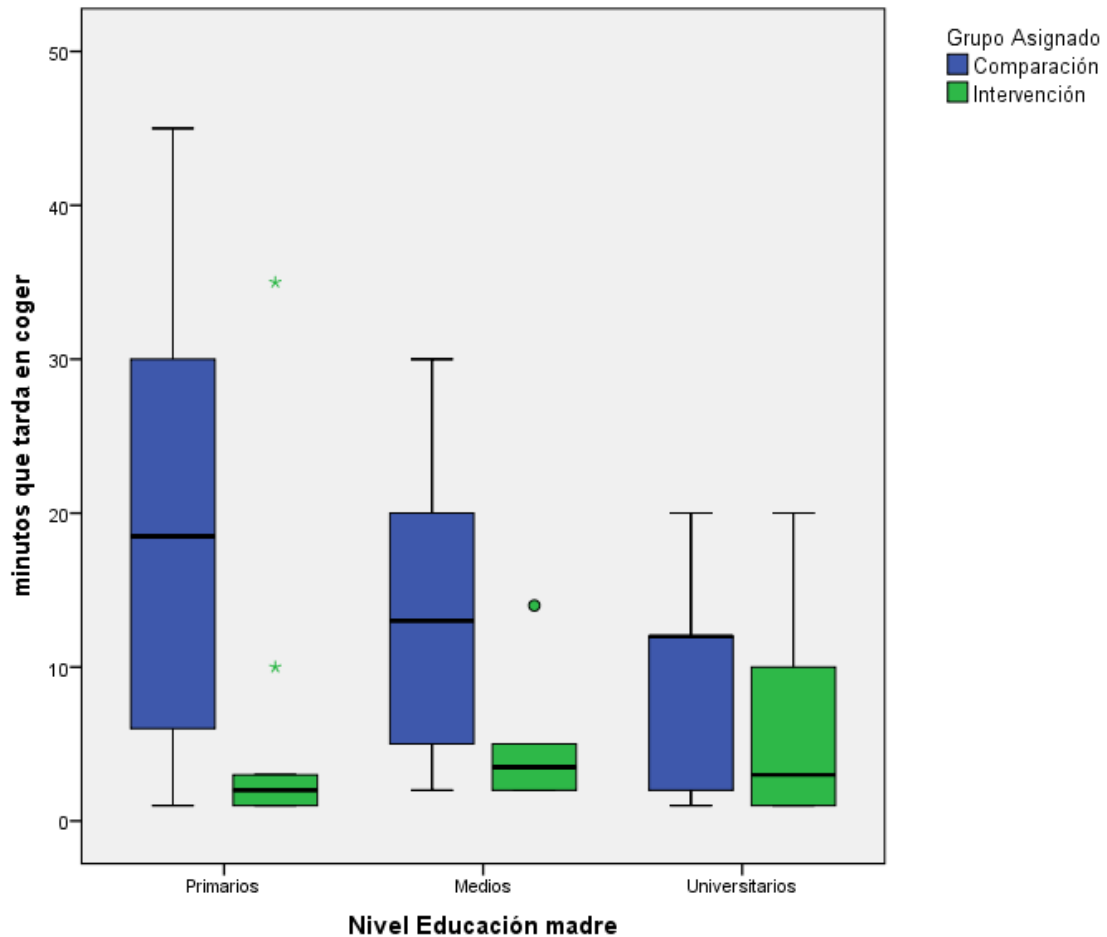


Gráfico 21. Minutos que tarda y nivel educativo madre

### Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de minutos que tarda en coger es la misma entre las categorías de Nivel Educación madre.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,502	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.



CAPÍTULO 7 . DISCUSIÓN

---

A tenor de los resultados y respecto del primer objetivo sobre la influencia del CPP con padres en la lactancia materna, los datos son claros invitando a aceptar la hipótesis alternativa como se visto en el apartado de resultados.

Ésta sería una ventaja más del CPP aparte de las que han señalado Moore y col, Chiu y col, Anderson y col, Mikiel-Kostyra y col, Gómez Papí, etc. (Moore, ER et al., 2008), (Chiu et al., 2005), (Anderson et al., 2004), (Mikiel-Kostyra et al., 2001)(Gómez Papí et al., 1998).

Sobre el objetivo dos, en nuestro trabajo la significación estadística de los resultados de lactancia al alta es de 0,119, y estos resultados coinciden en cierta manera con lo que manifiesta Aguayo y col en su estudio sobre la lactancia materna en Andalucía donde manifiesta que el 82% de los recién nacidos en Andalucía recibe lactancia materna exclusiva al nacer. Al finalizar el primer mes de vida, esta cifra desciende hasta el 63% y continúa bajando hasta llegar al 40,5% a los tres meses y el 26,5% a los cuatro. Sólo 6 de cada 100 niños de seis meses reciben lactancia materna completa, aunque esta cifra aumenta al 27% si consideramos conjuntamente los datos de lactancia materna exclusiva y mixta. Finalmente, al cumplir un año sólo el 7,3% de los niños andaluces reciben leche materna de algún modo. Por ello reseña las autoras que los datos de prevalencia aún están lejos de alcanzar el nivel óptimo que recomiendan las autoridades sanitarias internacionales expertas en el tema (ONU, UNICEF,...) en relación con la duración de la lactancia. Señalan de igual forma que *“El nacimiento, las primeras semanas de vida hasta que se produce la consolidación de la lactancia y la reincorporación al ámbito laboral, junto con el inicio de la alimentación complementaria, son tres momentos claves para reforzar la lactancia materna.”* (Aguayo Maldonado, Josefa et al., 2005)

Hay que reseñar que en el grupo intervención solo hubo un recién nacido que se fue con lactancia artificial debido a un cambio de decisión de la madre, aun cuando durante su estancia hospitalaria se le prestó la ayuda necesaria en el inicio y habiendo manifestado



---

antes que su deseo era amamantar, como criterio necesario de inclusión para participar en este estudio. Mientras que en el grupo comparación no se fue nadie con lactancia artificial pero sí tres bebés con lactancia mixta frente a ninguno del otro grupo.

Sobre el objetivo tres, los datos de este estudio reflejan una tasa preocupante de prevalencia de lactancia exclusiva muy baja a las seis semanas a pesar de las recomendaciones de la OMS de mantener la lactancia exclusiva hasta los seis meses.

Esto nos debe hacer replantearnos las tácticas de promoción de la lactancia materna en el entorno extrahospitalario, que deben ser seguidas y reforzadas por atención primaria o grupos de apoyo para la lactancia materna a fin de mejorar estos resultados tal y como propone Renfrew et al (M J Renfrew et al., 2009) .

Respecto a la influencia del CPP con la duración y el tipo de lactancia, Mikiel-Kostyra (Mikiel-Kostyra et al., 2001) estudió que existe una relación directa con el CPP y la duración de la lactancia. En nuestros objetivos, nos habíamos propuesto analizar este aspecto y podemos reseñar que, aun no siendo estadísticamente significativo los resultados, probablemente debido al tamaño muestral pequeño, se muestra una tendencia clínica significativa a tener en cuenta. Se ha fijado el nivel de significación estadística unos resultados de  $p < 0,05$ . En nuestro trabajo la significación estadística de los resultados de lactancia a las seis semanas es de 0,202; por lo que este investigador piensa que la prevalencia de la lactancia es más multifactorial e independiente del inicio, tal y como muestra la literatura al respecto.

Pero más aún llama la atención como varían sustancialmente los resultados de lactancia exclusiva a las seis semanas en ambos grupos, siendo incluso más alta la lactancia mixta en el grupo intervención que en el grupo comparación (23,4% vs 14,9%). Pero sin embargo, la lactancia artificial en el grupo intervención es de 2,1% frente al 6,1% sólo toman leche de fórmula a las seis semanas del grupo comparación.

Quizás el CPP con el padre haya ayudado a reforzar la confianza de la madre en los beneficios de la lactancia materna pero no tanto como para que ésta sea exclusiva en

---

este tiempo, por lo que la idea de la teoría del apego expresada en el marco teórico puede tener una relación algo no determinante para este tipo de cuidado.

Curiosamente un trabajo de Hauck et al señalan que las mujeres reciben muchos mensajes contradictorios que minan su confianza pero no encontraron ninguna significancia estadística en cuanto a la prevalencia a las 12 semanas de la lactancia y la recepción de mensajes de su entorno, contradictorios o no, pero concluyen que los niveles de consejos contradictorios no explicaron la autoeficacia en la lactancia materna. Sin embargo la autogestión de la lactancia materna contribuye de forma estadísticamente significativa en prevalencia de la lactancia materna además de la autoeficacia. Por tanto, las percepciones de las mujeres de su capacidad para gestionar y participar activamente en la toma de decisiones explica la prevalencia de la lactancia materna después del parto y a las 12 semanas. Por lo que recomiendan que se deben realizar actividades para promover la participación de las mujeres en la toma de decisiones acerca de la lactancia materna ya que es una estrategia útil para promover la misma. (Hauck, Hall, & Jones, 2007). Esto entra en ligera contradicción con lo planteado en este estudio como el considerar la figura del padre como un pilar importante en el refuerzo de la lactancia materna.

Respecto del periodo de seis semanas, Aguayo y col señalan que una vez iniciada la lactancia, el segundo momento clave en el descenso de la prevalencia se produce en las primeras seis semanas de vida, en la etapa denominada de calibración, ya que la producción de leche de la madre se ajusta a las necesidades del recién nacido. Este es el momento más delicado del proceso por lo que interferencias como una técnica de amamantamiento inadecuada, la introducción de otros líquidos o la interferencia de biberones y tetinas en el agarre al pecho, pueden llevar a un fracaso en el ajuste entre la demanda del bebé y la producción de leche de la madre y, finalmente, al abandono de la lactancia.

Señala también que los mitos y creencias asociados a la cultura del biberón, transmitidos principalmente a través del entorno familiar de la madre y de los medios de

---

comunicación, inciden negativamente sobre la lactancia materna fundamentalmente de dos maneras. Por un lado, la aplicación a la lactancia natural de pautas asociadas a la artificial conduce en la mayoría de los casos al fracaso de la primera. Por otro lado, ante la aparición de problemas con la lactancia materna es más probable que las madres terminen refugiándose en la “seguridad” de la lactancia artificial, una práctica más conocida y extendida socialmente. (Aguayo Maldonado, Josefa et al., 2005).

En un estudio de prevalencia realizado en 1997 por Martín Calama titulado “*La lactancia Materna en España Hoy*” señala el autor que las madres de niveles socioculturales elevados fueron las pioneras del abandono y de la recuperación posterior. Además, la confianza materna en sus posibilidades, su experiencia previa, la información recibida y el apoyo del entorno-grupo social o la región en que vive la madre, personal sanitario, familiares y amigos son los factores que más influyen en el éxito. También favorecían el buen resultado el contacto próximo y continuado entre la madre y el hijo durante los primeros días tras el parto, así como lactar a demanda sin horario preestablecido. Mientras que la mayor dificultad la provocaba la administración de biberones en los primeros días.

El 73,6% de todas las madres continúa lactando al final del primer mes, el 46,8% alcanza el final del tercer mes dando el pecho y sólo un 15,9% consigue mantener alguna toma de pecho por encima del sexto mes. Por el contrario, el nivel de estudios de la madre resultó significativo en cualquier situación, favoreciendo la lactancia. Esto confirma resultados ya conocidos de que las madres de clases altas van a la cabeza de la recuperación del amamantamiento (Martín Calama, 1997).

También Suárez Gil y col en un estudio de prevalencia en Asturias señalan que se encontró relación positiva con que la madre tuviera estudios universitarios (OR = 3,90; IC del 95%: 1,77- 8,58) y el haber sido atendida por la matrona durante el embarazo (OR = 2,13; IC del 95%: 1,04-4,38); se detectó relación inversa entre la lactancia materna exclusiva y que el niño hubiera recibido suplementos en las primeras horas de vida (OR = 0,43; IC del 95%: 0,20-0,95) (Suárez Gil, Lorenzo, Díaz, Rodríguez, & Suárez, 2000). Roig

---

también coincide con estos resultados señalando que un nivel educacional bajo fue motivo de cese de lactancia antes de los seis meses (Roig et al., 2010)

En nuestro trabajo no se aprecia significancia estadística en cuanto al nivel de educación y la prevalencia a las seis semanas, por tanto estos resultados coinciden en cierta manera con la literatura al respecto y sobre todo con el trabajo de Colodro Conde en el que los autores concluyen que en el contexto español, el nivel de escolaridad materna no se asoció con la duración la lactancia en la misma dirección o con la misma magnitud en el tiempo (Colodro-Conde et al., 2011). Pero sí se aprecia en este estudio como la lactancia materna exclusiva es mayor en el grupo de estudios medios y universitarias que en el de estudios primarios, coincidiendo con los resultados de diversos autores (Shi, Zhang, Wang, & Guyer, 2008) (Roig et al., 2010) (Aguayo Maldonado, Josefa, Pasadas del Amo, Sara, & Ramírez Troyano Ángel, 2005).

Sin embargo Jovani Roda y col señalan en su trabajo que existe una relación inversa entre el nivel de estudios y la duración de la lactancia materna, señalando como factores negativos, a parte del nivel de estudios, la gemelaridad y la introducción de suplementos y que no influyen el sexo, el peso al nacimiento, la edad gestacional, el tipo de parto, la separación neonatal, la edad materna, los hijos previos ni el trabajo fuera del hogar (Jovani Roda et al., 2002).

Señala también Martín Calama que el trabajo de la madre que teóricamente debería suponer un obstáculo para lactar, no interfiere con la lactancia. Las madres trabajadoras inician la lactancia en mayor proporción que el resto. Es posible que la falta de diferencias a partir del tercer mes, cuando la mayoría de las madres trabajadoras se incorporan a sus trabajos, dependa del bajo nivel general de lactancia que existe en ese momento (Martín Calama, 1997).

---

Según Affonso y col (D. Affonso, Bosque, Wahlberg, & Brady, 1993) el CPP para las madres indican un mejor vínculo o apego además de un mayor sentido de control y autoperfeccionamiento, lo que genera una mayor confianza; y según Dennis (Dennis, 1999) el sentido de control predicen la duración de la lactancia. En el contexto del marco teórico del apego utilizado en esta investigación, no se cumple este criterio ya que las madres de ambos grupos y los padres del grupo de intervención realizaron CPP, no percibiéndose resultados muy diferentes en cuanto a la duración de la lactancia materna con o sin CPP consultada en la literatura para este trabajo. En el trabajo de Chiu y col hablan de un 52% de lactancia materna exclusiva al mes en madres con CPP (Chiu et al., 2005) y en este trabajo los resultados son del 56% de lactancia exclusiva a las seis semanas en el grupo intervención frente al 44% del grupo comparación.

Los resultados de este estudio no coincide, sin embargo, con los expresados por Mikiel-Kostyra (Mikiel-Kostyra et al., 2001) que señalan que la prevalencia de la lactancia aumenta con la duración del contacto piel con piel con sus madres. En este trabajo no se alcanza significancia estadística significativa ( $p=0,985$ ) sobre este punto.

Como anecdótico, muchos padres manifestaron como sus hijos e hijas tenían reflejos prealimenticios, como demostró Erlandsson (Erlandsson et al., 2007) en su trabajo, haciendo búsqueda activa al pecho de ellos durante el CPP.

Trabajar en la línea de conseguir más hospitales con el galardón de UNICEF Amigos de los Niños, como propone Renfrew et al (M J Renfrew et al., 2009) puede ser una ayuda en la unificación de criterios que ahonden en una mejora de los niveles de lactancia al alta. UNICEF también ha implementado ya el galardón Centro de Salud Amigo de los Niños, conscientes de la importancia que la Atención Primaria juega en el mantenimiento y apoyo a la lactancia y en la promoción de la misma, y siguiendo el ejemplo de otros países

---

Europeos, la IHAN Comisión Nacional con el apoyo de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (UNICEF & IHAN España, 2011) han promulgado los siete pasos basados en los 10 pasos para la acreditación de los hospitales que son:

1. Disponer de una normativa escrita relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.
3. Informar a las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y cómo llevarlo a cabo.
4. Ayudar a las madres al inicio de la lactancia y asegurarse de que son atendidas en las primeras 72 h. tras el alta hospitalaria.
5. Ofrecer apoyo a la madre que amamanta para mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, y a continuarla junto con la alimentación complementaria posteriormente.
6. Proporcionar una atmósfera receptiva y de acogida a las madres y familias de los lactantes.
7. Fomentar la colaboración entre los profesionales de la salud y la Comunidad a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo locales.

La implementación de esta política junto con la ayuda de grupos de apoyo podría ser una buena medida que seguramente ayudarán a mejorar los índices de prevalencia de la lactancia materna

### 7.1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Hemos explicado que inicialmente en este estudio se pretendió estudiar los roles de paternidad en ambos grupos mediante un cuestionario validado que es el *Inventory of Functional Status-Fathers*: ISF-F (Tulman et al., 1993). Se solicitó permiso a la autora por correo electrónico pero no se obtuvo respuesta. Tampoco se tuvo acceso al cuestionario completo, sino a una muestra del mismo, del que se ha llegado a hacer una traducción y

---

retrotraducción para hacer una adaptación transcultural del mismo y no restarle validez. Incluso se ha llegado a pilotar en un grupo de 32 padres pero dado que la muestra no es grande, no se tenía permiso de uso y el test no estaba completo, la validez de esta herramienta podía poner en entredicho los resultados obtenidos en este trabajo, por lo que finalmente se ha decidido no utilizarlo. Pero esto podría abrir camino para una posterior investigación sobre este aspecto teniendo en cuenta la variable explicativa de nuestro trabajo: el contacto piel con piel con padres.

Durante el transcurso del estudio hubo una importante modificación estructural en el área de reanimación post-anestésica, en la que se habilitó un área exclusiva para madres que han sufrido cesárea y para facilitar el CPP con las madres (Si esto no es posible, el contacto lo lleva a cabo el padre durante el tiempo que la madre sigue en quirófano tras la extracción fetal y puede continuar con el bebé si la madre no se encuentra en un estado satisfactorio para realizar posteriormente el CPP tras su salida de quirófano). Inicialmente, el estudio tenía una secuencia aleatorizada de asignación de sujetos que se aplicó en las primeras 34 unidades muestrales, pero, por esta razón y para no generar conflictos éticos, los siguientes sujetos fueron seleccionados de forma no aleatoria, optando definitivamente por un diseño cuasi-experimental. Esta situación ha hecho que a partir del caso 34, se haya recurrido a la captación no aleatoria para el grupo comparación de dos fuentes: parejas del hospital Materno-Infantil de Málaga, (donde aún no se han instaurado estas prácticas en cesáreas y los recién nacidos permanecen en la sala nido hasta que la madre llega a su habitación, siendo la rutina asistencial similar a como se hacía en el hospital Virgen de la Victoria antes del cambio estructural) y parejas del Hospital Virgen de la Victoria que no podían disfrutar el CPP en recuperación post-anestésica por falta de camas. En ambos hospitales siempre se han seguido teniendo en cuenta los mismos criterios de inclusión y exclusión

Cuando al principio la asignación era aleatorizada, al no poder cegar la intervención para los participantes, algunos padres asignados al grupo de comparación, al conocer en qué

---

consistía la intervención, pidieron sostener a su hijo piel con piel durante la recuperación de la madre, fenómeno descrito por Erlandsson en su estudio (Erlandsson et al., 2007). En este trabajo se han reportado las pérdidas existentes de la muestra inicial y los motivos.

Otro motivo de pérdida de casos ha sido la aparición de algún problema con la madre o con el recién nacido durante la cesárea, o que se aplicase anestesia general. En nuestro caso las pérdidas por motivos fetales fueron 2 en el grupo intervención: una por anquiloglosia y otra por distress respiratorio. Por necesitar anestesia general no se ha excluido a ninguna participante una vez incluida, pero sí se rechazó de inicio una cesárea electiva que quería participar en el estudio, pero se tenía decidido de antemano que la anestesia sería general, debido a una hipertensión craneal que contraindicaba la anestesia locorregional.

Como se ha explicado anteriormente, el hecho de coger sólo el subgrupo de cesáreas electivas frente a todas las cesáreas se debe a que todas parten de una misma situación inicial basal, propicia para el estudio. Se podría haber utilizado todo el grupo de cesáreas donde no hubiese una sospecha de pérdida de bienestar fetal, como son los estancamientos del trabajo de parto o la no progresión del mismo, pero esto supondría partir de circunstancias basales distintas de las elegidas inicialmente; así, en la cesárea electiva no existen contracciones, ni el trabajo de parto está iniciado, frente al otro grupo donde sí ha habido contracciones, se ha podido utilizar oxitocina sintética, administrar fármacos para el dolor, etc.





CAPÍTULO 8.  
CONCLUSIONES

1. A la luz de este trabajo de investigación se ha pretendido analizar con un diseño cuasiexperimental cómo el CPP con padres de recién nacidos por cesáreas influye de modo positivo en el tiempo de inicio de la lactancia materna, habiéndose constatado que éste es más corto en el grupo de madres cuyos bebés han estado en CPP con sus padres, mientras la madre estaba en la recuperación anestésica.
2. A pesar de ello, persisten bajas cifras de lactancia materna, por eso hay que seguir trabajando con políticas de lactancia a nivel hospitalario y en la comunidad como puede ser la adherencia de más hospitales a la Iniciativa Amigo de los Niños y de las Madres, al igual que los centros de Salud.
3. Existe una tendencia clínica no significativa en el tipo de lactancia al alta, siendo exclusiva en un porcentaje mayor en los recién nacidos del grupo intervención frente al grupo comparación (96,3% vs 88%).
4. El porcentaje de lactancia mixta también es llamativo, ya que en el grupo intervención no hay ningún RN que se vaya con ese tipo de alimentación, frente a un 12% en el grupo comparación.
5. En la lactancia a las seis semanas tampoco se encontró significación estadística, aunque la lactancia mixta es superior a las seis semanas que en el grupo comparación.
6. No ha habido efectos adversos en la práctica del CPP con padres que haya hecho esta práctica insegura.
7. La mayoría de los RN en CPP con los padres demostraban actitudes prealimenticias con búsqueda activa del pezón de sus padres, lo que causaba un gran asombro a éstos.
8. En el hospital donde se ha realizado la intervención, la práctica del CPP con padres durante la cesárea ha quedado instaurada.

---

## IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN.

Sería interesante repetir este trabajo con un diseño experimental (ECA) para posteriores investigaciones con un tamaño muestral mayor en hospitales donde aún existan rutinas de separación madre-hijo durante la cesárea (sea por el motivo que sea) y valorar si los resultados son coincidentes con los de este estudio. Sobre todo en el aspecto del tipo de lactancia al alta y la prevalencia de esta a las seis semanas, donde los resultados de nuestro estudio no son concluyentes.

A fin de poder metaanalizar los resultados obtenidos y así obtener un tamaño muestral mayor, se podría seguir realizando estudios sobre el tema en servicios donde se pueda contar con un grupo control como el de este estudio.

Estudiar los roles de paternidad utilizando cuestionarios validados como el ISF-F o el pilotado en este estudio calculando y consiguiendo criterios de validez interna y externa podría ser otro campo a explorar en posteriores investigaciones.

Resultaría importante explorar con técnicas cualitativas sentimientos y conductas de padres que han tenido contacto inmediato piel con piel con su bebé.

## IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.

A tenor de los resultados obtenidos en este estudio, existen pocos motivos por los que se siga justificando la separación del neonato de sus progenitores durante una cesárea, bien electiva o urgente.

En servicios donde esto sea posible pero no se haga por cuestiones de rutina hospitalarias, sería interesante que algún grupo de profesionales con iniciativa comiencen

---

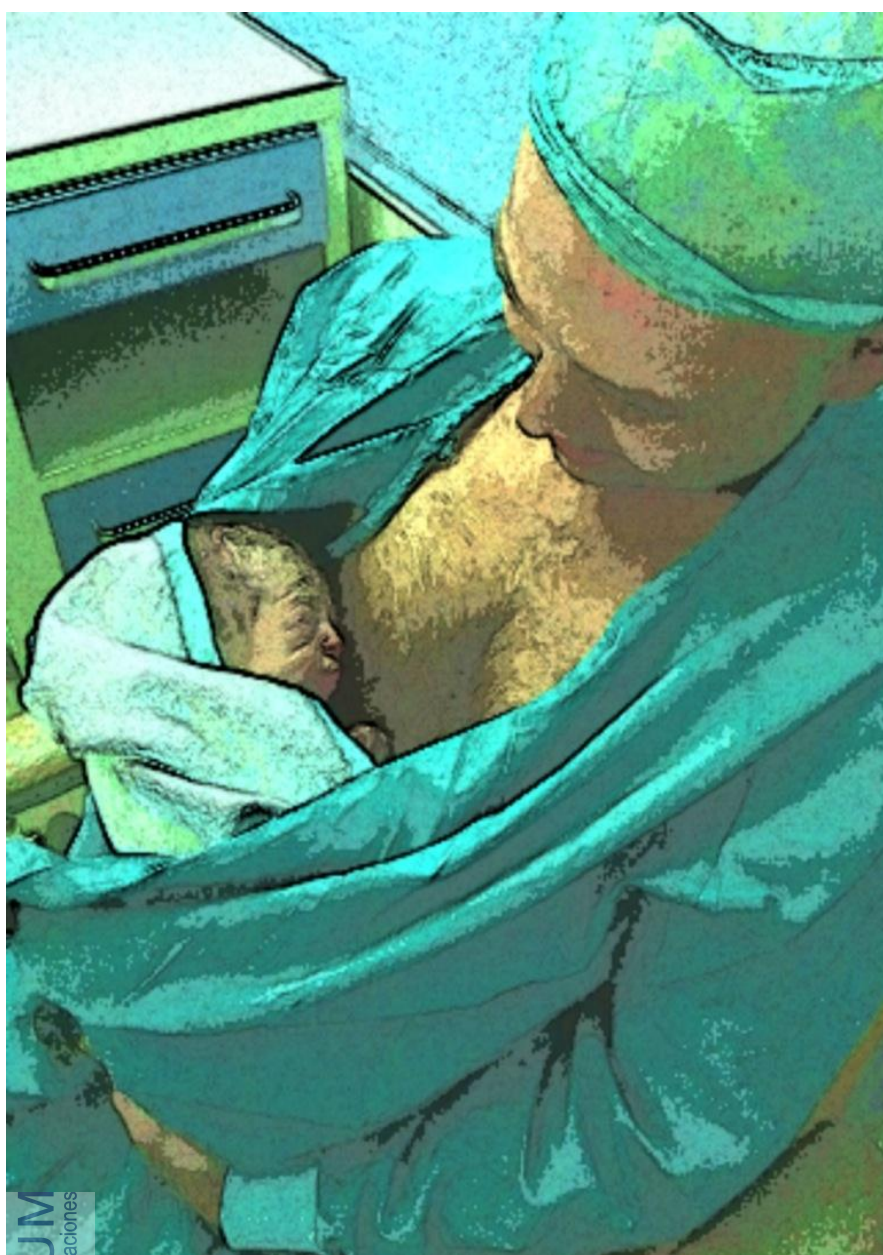
a trabajar sobre este campo y contagien su entusiasmo y satisfacción con esta experiencia al resto del equipo de profesionales y usuarios y usuarias.

Esto ha sido lo que ha sucedido en nuestro hospital: de ser una práctica novedosa y extraña para la mayoría del equipo, a estandarizarse como actividad normal en todas las cesáreas. Se ha colocado un póster con fotos de padres en CPP en la sala de espera que incluso ha ayudado a que éstos pregunten por esa experiencia queriendo participar *motu proprio*.

Para comenzar la iniciativa debería existir consenso y autorización por parte de los facultativos neonatólogos, anesthesiólogos y obstetras para evitar posibles problemas de competencias.

Todo esto fue variando sustancialmente a lo largo del estudio, al ver todos los profesionales, como los bebés dormían plácidamente, lloraban menos, intentaban mamar al padre y sus padres se sentían y expresaban su orgullo de ser partícipes en este proceso. Finalmente, a la mayoría de profesionales implicados en los cuidados de la madre y del recién nacido les costaba aceptar la aleatoriedad del grupo comparación y preferían que todos fuesen al grupo intervención.

Por todo ello, quizás la sola realización de esta experiencia, aún sin tener en cuenta los resultados obtenidos, haya servido como concienciación de todos los profesionales, usuarias y usuarios en el nuevo cambio de rutina que se ha llevado a cabo en nuestro servicio. En estos momentos resulta impensable separar a un bebé de su madre o de su padre durante una cesárea, ya sea electiva o urgente.



**PARTE IV.  
BIBLIOGRAFÍA**

- 
- Affonso, D., Bosque, E., Wahlberg, V., & Brady, J. P. (1993). Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in an American tertiary level intensive care nursery. *Neonatal Network: NN*, 12(3), 25–32.
- Affonso, D. D., Wahlberg, V., & Persson, B. (1989). Exploration of mothers' reactions to the kangaroo method of prematurity care. *Neonatal network*, 7(6), 43–51.
- Aguayo Maldonado, Josefa, Pasadas del Amo, Sara, & Ramírez Troyano Ángel. (2005). *La Lactancia materna en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Alberts, J. R. (1994). Learning as adaptation of the infant. *Acta pædiatrica. Supplement*, 397, 77–85.
- Anderson, G. C., Radjenovic, D., Chiu, S.-H., Conlon, M., & Lane, A. E. (2004). Development of an observational instrument to measure mother-infant separation post birth. *Journal of Nursing Measurement*, 12(3), 215–234.
- Asociación Española de Pediatría. (2008). *Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica* (1º Ed.). Madrid: Editorial Médica panamericana.
- Asociación Médica Mundial (WMA). (2008). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59 *Asamblea General*. Seúl (Corea).
- Bergman. (2000). *Kangaroo Mother Care: Restoring the Original Paradigm for Infant Care and Breastfeeding*. Documental, Nils Bergman. South Africa. Recuperado a partir de [www.kangaroomothercare.com](http://www.kangaroomothercare.com)
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Volume III: Loss, Sadness and Depression*. London: The Hogarth Press and the Institute.
- Bowlby, John. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, John. (1973). *Attachment and Loss: Separation: anxiety and anger*. Basic Books.
- Bowlby, John. (1998). *El Apego*. Paidós.

- 
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759–775. doi:10.1037/0012-1649.28.5.759
- Bretherton I, Munholland K. Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. En: Cassidy, J & Shaver, P. Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications. New York: Guilford Press; 1999. p. 89-111.
- Brett, J., Staniszewska, S., Newburn, M., Jones, N., & Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*, 1(1), e000023. doi:10.1136/bmjopen-2010-000023
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A., Ransjö-Arvidson, A., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K., et al. (2009). Early Contact versus Separation: Effects on Mother–Infant Interaction One Year Later. *Birth*, 36(2), 97–109. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x
- Cabrera, N., Tamis-LeMonda, C. S., Bradley, R. H., Hofferth, S., & Lamb, M. E. (2000). Fatherhood in the Twenty-First Century. *Child Development*, 71(1), 127–136. doi:10.1111/1467-8624.00126
- Carlander, A.-K. K., Edman, G., Christensson, K., Andolf, E., & Wiklund, I. (2010). Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 1(1), 27–34. doi:10.1016/j.srhc.2009.10.001
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child’s ties. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (Vol. XVII, pp. 3–20). New York: Guilford Press.
- Cerezo, M. A., Trenado, R. M., & Pons-Salvador, G. (2006). Interacción temprana madre-hijo y factores que afectan negativamente a la parentalidad. *Psicothema*, 18(3), 544–550.

- 
- Chiu, S.-H., Anderson, G. C., Burkhammer, M. D., & Sheau-Huey. (2005). Newborn temperature during skin-to-skin breastfeeding in couples having breastfeeding difficulties. *Birth*, 32(2), 115–21.
- Colodro-Conde, L., Sánchez-Romera, J. F., Tornero-Gómez, M. J., Pérez-Riquelme, F., Polo-Tomás, M., & Ordoñana, J. R. (2011). Relationship between level of education and breastfeeding duration depends on social context: breastfeeding trends over a 40-year period in Spain. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 27(3), 272–278. doi:10.1177/0890334411403929
- Condon, J. T., & Dunn, D. J. (1988). Nature and Determinants of Parent-to-Infant Attachment in the Early Postnatal Period. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(3), 293–299. doi:10.1097/00004583-198805000-00005
- Dennis, C. L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of human lactation*, 15(3), 195–201.
- Dewey, K. G., Nommsen-Rivers, L. A., Heinig, M. J., Cohen, R. J., & Kathryn. (2003). Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*, 112(3 Pt 1), 607–19.
- Doganay, M., & Avsar, F. (2002). Effects of labor time on secretion time and quantity of breast milk. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 76(2), 207–211. doi:10.1016/S0020-7292(01)00566-5
- Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I., & Christensson, K. (2007). Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*, 34(2), 105–14.
- Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen, M. S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 810–816. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x



- 
- Gómez Papí, A. G., Baiges Nogués, M. T., Batiste Fernández, M. T., Marca Gutiérrez, M. M., Jurado, A. N., Monasterolo, R. C., & M T. (1998). [Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término]. *Anales españoles de pediatría*, 48(6), 631–3.
- Gómez Papí, A. Ba., Baiges Nogués, MT, & Nieto Jurado, A. (2002). Duración mínima del contacto piel con piel inmediato en el RN a término. Presentado en Comunicación personal. II Congreso Español de Lactancia Materna, Sevilla.
- Gouchon, S., Gregori, D., Picotto, A., Patrucco, G., Nangeroni, M., & Di Giulio, P. (2010). Skin-to-skin contact after cesarean delivery: an experimental study. *Nursing Research*, 59(2), 78–84. doi:10.1097/NNR.0b013e3181d1a8bc
- Harkness, S., & Super, C. M. (1983). The Cultural Construction of Child Development: A Framework for the Socialization of Affect. *Ethos*, 11(4), 221–231.
- Harlow, H. F. (1958). The Nature of Love. *American Psychologist*, 13, 673–685.
- Hauck, Y., Hall, W. A., & Jones, C. (2007). Prevalence, self-efficacy and perceptions of conflicting advice and self-management: effects of a breastfeeding journal. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 306–317. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04136.x
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524.
- Jansson, U. M., Mustafa, T., Khan, M. A., Lindblad, B. S., & Widström, A.-M. (1995). The Effects of Medically-orientated Labour Ward Routines on Prefeeding Behaviour and Body Temperature in Newborn Infants. *Journal of Tropical Pediatrics*, 41(6), 360 –363. doi:10.1093/tropej/41.6.360
- Johnston, C. C., Campbell-Yeo, M., & Fillion, F. (2011). Paternal vs Maternal Kangaroo Care for Procedural Pain in Preterm Neonates: A Randomized Crossover Trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 165(9), 792–796. doi:10.1001/archpediatrics.2011.130

- 
- Jovani Roda, L., L. Gutiérrez Culsant, Aguilar Martín, C., Navarro Caballé, R., Mayor Pegueroles, I., & Jornet Torrent, Y. (2002). Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. *An Esp Pediatr*, 57(6), 534–9.
- Klaus, M. H., Jerauld, R., Kreger, N. C., McAlpine, W., Steffa, M., & Kennell, J. H. (1972). Maternal attachment. Importance of the first post-partum days. *New England Journal of Medicine*, 286(9), 460–463.
- Korte, S. M., Prins, J., Vinkers, C. H., & Olivier, B. (2009). On the origin of allostasis and stress-induced pathology in farm animals: Celebrating Darwin's legacy. *The veterinary journal*, 182(3), 378–383.
- Lin, S.-Y., Lee, J.-T., Yang, C.-C., & Gau, M.-L. (2011). Factors related to milk supply perception in women who underwent cesarean section. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 19(2), 94–101. doi:10.1097/JNR.0b013e31821988e9
- López Córdoba, M., Montes Lluch, C., Rengel Díaz, C., Torrontegui Pérez, T., Pulido Pascual, G., & Moreno Mira, L. (2011). Papá, también me gusta tu piel. Leche Materna: Salud para todos. IHAN: nacer es diferente (p. 174). Presentado en VI Congreso español de Lactancia Materna, Ávila: IHAN.
- Magill-Evans, J., Harrison, M. J., Rempel, G., & Slater, L. (2006). Interventions with fathers of young children: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 248–264. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03896.x
- Martín Calama, J. (1997). Lactancia materna en España hoy. *Bol Pediatr*, 37, 132–142.
- McEwen, B. S. (2003). Interacting mediators of allostasis and allostatic load: Towards an understanding of resilience in aging. *Metabolism, clinical and experimental*, 52(10), 10–16.
- McEwen, Bruce S, Wingfield, J. C., & Bruce. (2010). What is in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress. *Hormones and behavior*, 57(2), 105–11.

- 
- McEwen, Bruce S. (2004). Protection and Damage from Acute and Chronic Stress: Allostasis and Allostatic Overload and Relevance to the Pathophysiology of Psychiatric Disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032(1), 1–7. doi:10.1196/annals.1314.001
- McEwen, Bruce. (2000). Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*, 22(2), 108–124.
- McVeigh, C. A. (1997). An Australian study of functional status after childbirth. *Midwifery*, 13(4), 172–178. doi:16/S0266-6138(97)80003-4
- McVeigh, C., St John, W., & Cameron, C. (2005). Fathers' functional status six weeks following the birth of a baby: a Queensland study. *Australian Midwifery*, 18(1), 25–28. doi:16/S1448-8272(05)80016-1
- Mikiel-Kostyra, K., Boltruszko, I., Mazur, J., & Zielenska, M. (2001). [Skin-to-skin contact after birth as a factor determining breastfeeding duration]. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 5(2), 179–189.
- Moore, ER, Anderson, GC, & Bergman, N. (2008). Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4. Recuperado a partir de <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%20516945&DocumentID=CD003519>
- O'Campo, P., Faden, R. R., Gielen, A. C., & Wang, M. C. (1992). Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. *Birth*, 19(4), 195–201.
- Odent, M. (2001). New reasons and new ways to study birth physiology. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(Supplement 1), S39–S45. doi:10.1016/S0020-7292(01)00512-4
- Odent, Michel. (2009). *La cesárea ¿Problema o solución?* Barcelona: La liebre de Marzo.

- 
- Plotsky, P. M., Thrivikraman, K. V., Nemeroff, C. B., Caldji, C., Sharma, S., & Meaney, M. J. (2005). Long-term consequences of neonatal rearing on central corticotropin-releasing factor systems in adult male rat offspring. *Neuropsychopharmacology*, *30*(12), 2192–2204.
- Porter, R., & Winberg, J. (1999). Unique salience of maternal breast odors for newborn infants. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *23*(3), 439–449. doi:10.1016/S0149-7634(98)00044-X
- Prior, V., Glaser, D., & (Project), F. (2006). *Understanding attachment and attachment disorders: theory, evidence and practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Ransjö Arvidson, A. B., Matthiesen, A., Lilja, G., Nissen, E., Widström, A., & Uvnäs Moberg, K. (2001). Maternal Analgesia During Labor Disturbs Newborn Behavior: Effects on Breastfeeding, Temperature, and Crying. *Birth*, *28*(1), 5–12. doi:10.1046/j.1523-536x.2001.00005.x
- Renfrew, M J, Craig, D., Dyson, L., McCormick, F., Rice, S., King, S. E., Misso, K., et al. (2009). Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, *13*(40), 1–146, iii–iv. doi:10.3310/hta13400
- Renfrew, Mary J, Dyson, L., McCormick, F., Misso, K., Stenhouse, E., King, S. E., & Williams, A. F. (2010). Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review. *Child: Care, Health and Development*, *36*(2), 165–178. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.01018.x
- Rengel Díaz, C. (2006). El padre: ¿participante o espectador del embarazo y parto?. Relato biográfico de un padre primerizo. *Archivos de la Memoria*. Fundación Index. Recuperado febrero 23, 2010, a partir de <http://www.index-f.com/memoria/3/a40605.php>
- Righard, L., & Alade, M. O. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *The Lancet*, *336*(8723), 1105–7.

- 
- Rogers, I. S., Emmett, P. M., & Golding, J. (1997). The incidence and duration of breast feeding. *Early Human Development, 49 Suppl*, S45–74.
- Roig, A. O., Martínez, M. R., García, J. C., Hoyos, S. P., Navidad, G. L., Álvarez, J. C. F., Pujalte, M. del M. C., et al. (2010). Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18(3)*, 373–380. doi:10.1590/S0104-11692010000300012
- Rosenblatt, J. S. (1994). Psychobiology of maternal behavior: contribution to the clinical understanding of maternal behavior among humans. *Acta Paediatrica, 83*, 3–8. doi:10.1111/j.1651-2227.1994.tb13259.x
- Rowe-Murray, H. J., & Fisher, J. R. W. (2002). Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 29(2), 124–131.
- Rutter, M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 36(4)*, 549–571.
- Schaffer, H Rudolph. (2003). *Introducing Child Psychology* (Second ed.). John Wiley & Sons.
- Schulkin, J. (2003). Allostasis: a neural behavioral perspective. *Hormones and behavior, 43(1)*, 21–27.
- Sevil, Ü., & Özkan, S. (2009). Fathers' functional status during pregnancy and the early postnatal period. *Midwifery, 25(6)*, 665–672. doi:16/j.midw.2007.12.001
- Shannon, M., King, T. L., & Kennedy, H. P. (2007). Allostasis: a theoretical framework for understanding and evaluating perinatal health outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG, 36(2)*, 125–134. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00126.x
- Shi, L., Zhang, J., Wang, Y., & Guyer, B. (2008). Breastfeeding in rural China: association between knowledge, attitudes, and practices. *Journal of Human Lactation: Official Journal*

- 
- of International Lactation Consultant Association*, 24(4), 377–385.  
doi:10.1177/0890334408319157
- Stevenson, R. J. (2010). An Initial Evaluation of the Functions of Human Olfaction. *Chemical Senses*, 35(1), 3–20. doi:10.1093/chemse/bjp083
- Suárez Gil, P. S., Lorenzo, J. C. A., Díaz, A. J. L., Rodríguez, D. M., & Suárez, M. M. M. (2000). Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gac Sanit*, 15(2), 104–110.
- Tessier, R., Charpak, N., Giron, M., Cristo, M., De Calume, Z. F., & Ruiz-Peláez, J. G. (2009). Kangaroo Mother Care, home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study. *Acta Paediatrica*, 98(9), 1444–1450. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01370.x
- Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y. L., Howat, P., Burns, S., & Binns, C. W. (2009). Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International Breastfeeding Journal*, 4(1), 15. doi:10.1186/1746-4358-4-15
- Tulman, L., Fawcett, J., & Weiss, M. (1993). The Inventory of Functional Status-Fathers: development and psychometric testing. *Journal of nurse-midwifery*, 38(5), 276–82.
- UNICEF, & IHAN España. (2011). Presentación de la Estrategia Centros de Salud IHAN. Acreditación por Fases. Recuperado a partir de [http://www.ihan.es/docs/centros\\_salud/1.0.CS\\_IHAN\\_Presentacion\\_de\\_la\\_estrategia.pdf](http://www.ihan.es/docs/centros_salud/1.0.CS_IHAN_Presentacion_de_la_estrategia.pdf)
- Velandia, M., Matthisen, A., Uvnäs-Moberg, K., & Nissen, E. (2010). Onset of Vocal Interaction Between Parents and Newborns in Skin-to-Skin Contact Immediately After Elective Cesarean Section. *Birth*, 37(3), 192–201. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00406.x
- Widström, A. M., Wahlberg, V., Matthiesen, A. S., Eneroth, P., Uvnäs-Moberg, K., Werner, S., & Winberg, J. (1990). Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Human Development*, 21(3), 153–63.

- 
- Winberg, J. A. N. (2005). Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior--a selective review. *Developmental psychobiology*, 47(3), 217–29.
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., & Trevisanuto, D. (2010). Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? *Birth*, 37(4), 275–279. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00421.x



**PARTE V. ANEXOS**



ANEXO 1

Signos de amamantamiento adecuado	Signos de posible dificultad
<b>POSTURA DE LA MADRE Y DEL BEBÉ</b>	
<p>Madre relajada y cómoda</p> <p>Bebé en estrecho contacto con su madre</p> <p>Cabeza y cuerpo alineados frente al pecho</p> <p>Bebé acercado al pecho con nariz frente a pezón</p> <p>Contacto visual madre-hijo</p>	<p>Hombros tensos inclinados hacia el bebé</p> <p>Bebé lejos del cuerpo de la madre</p> <p>Lactante sujeto sólo por cabeza y cuello</p> <p>Bebé acercado al pecho desde abajo: labio-mentón hacia pezón</p> <p>No hay contacto visual madre-hijo</p>
<b>LACTANTE</b>	
<p>Boca bien abierta</p> <p>Labios superior e inferior evertidos</p> <p>La lengua rodea pezón y areola</p> <p>Mejillas llenas y redondeadas al mamar</p> <p>Más areola visible por encima del labio superior</p> <p>Movimientos de succión lentos y profundos con pausas</p> <p>Se ve y oye deglutir al bebé</p>	<p>Boca poco abierta</p> <p>Labios apretados o invertidos</p> <p>No se ve la lengua</p> <p>Mejillas hundidas al mamar</p> <p>Más areola por debajo del labio inferior</p> <p>Movimientos de succión superficiales y rápidos</p> <p>Se oyen chasquidos o ruidos de chupeteo</p>
<b>SIGNOS DE TRANSFERENCIA DE LA LECHE</b>	
<p>Humedad alrededor de la boca del bebé</p> <p>El lactante relaja progresivamente brazos y piernas</p> <p>El pecho se ablanda progresivamente</p> <p>Sale leche del otro pecho</p> <p>La madre nota signos de eyección</p> <p>El lactante suelta el pecho espontáneamente al finalizar la toma</p>	<p>Bebé intranquilo, exigente, suelta y agarra el pecho intermitentemente</p> <p>La madre siente dolor o molestias en pecho o pezón</p> <p>El pecho está rojo, hinchado y dolorido</p> <p>La madre no refiere signos de eyección</p> <p>La madre retira al bebé del pecho</p>

Cuestionario UNICEF/IBFAN para la observación clínica de una toma

ANEXO 2

Número de orden: \_\_\_\_\_

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PADRE**

Fecha: [Fecha]

<b>Información personal</b>	
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	
APELLIDOS	
NOMBRE	
NACIONALIDAD	
EDAD	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	
Teléfono móvil	
Teléfono fijo	
DNI	
NIVEL EDUCACIONAL	Sin estudios    Primarios    Medios    Universitarios
<b>Datos obstétricos</b>	
Número de hijos propios (sin contar éste)	
Franja horaria para recibir la llamada	Mañana                      Tarde
Fecha en que se realizará la llamada	

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MADRE

Fecha: [Fecha]

<b>Información personal</b>				
NUMERO DE IDENTIFICACION				
APELLIDOS				
NOMBRE				
NACIONALIDAD				
EDAD				
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)				
Teléfono móvil				
Teléfono fijo				
DNI				
NIVEL EDUCACIONAL	Sin estudios    Primarios    Medios    Universitarios			
<b>Datos obstétricos</b>				
FÓRMULA OBSTÉTRICA	Embarazos	Abortos	Partos	Cesáreas    Viven
Tiempo aproximado de Lactancia Materna en meses de cada hijo	1°	4°	7°	
	2°	5°	8°	
	3°	6°		
<b>DATOS DEL ACTUAL RECIÉN NACIDO</b>				
SEXO	Masculino		Femenino	
PESO (en gramos)				
Edad gestacional				
Apgar	1'	5'	10'	
Hora de nacimiento				

### DATOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Hora de inicio de CPP padre: \_\_\_\_\_

Duración de CPP padre: \_\_\_\_\_

Hora de inicio de CPP madre: \_\_\_\_\_

Duración CPP madre: \_\_\_\_\_

Hora de inicio de primera toma al pecho: \_\_\_\_\_

Tipo de Lactancia al alta     Exclusiva             Mixta             ArtificialLactancia a las 6 semanas  Exclusiva             Mixta             Artificial

## ANEXO 3

**CONSENTIMIENTO INFORMADO****TITULO del Estudio:** "CONTACTO PIEL CON PIEL CON PADRES TRAS CESÁREA"

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita, y realice las preguntas que considere oportunas.

**Justificación y Objetivos del Estudio:**

El contacto precoz piel con piel (CPP) consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito prono sobre el torso desnudo de la madre, o el padre, apenas nace o poco tiempo después. El fundamento para el contacto piel a piel se basa en estudios realizados en animales, en los que se demostró que ciertas conductas innatas necesarias para la supervivencia de los recién nacidos dependen del entorno. El papel del padre aún sigue relegado en muchas instituciones donde ocurren los nacimientos a un segundo plano o a un papel de mero espectador. Los hombres pueden llegar a sentirse los grandes olvidados durante la gestación, tal vez porque, inconscientemente, la sociedad piensa que la sensibilidad, los miedos, la ansiedad y las dudas son atributos femeninos y por ello se les excluye. Ante el desafío que significa asumir un rol distinto a aquel para el que uno ha sido preparado, el varón se implica emocionalmente deseando al bebé y compartiendo con la mujer todas las actividades y controles propia de la gestación; pero sintiéndose un observador externo. Con este estudio se pretende conocer si existe relación entre el contacto del padre y el inicio de la lactancia materna y la reacción del recién nacido y la implicación del padre en los cuidados.

**Diseño y métodos del Estudio:** Como se le ha explicado verbalmente, en este estudio Vd. Ha sido elegido para tener a su bebé en contacto piel con piel; si esto no fuese posible, los cuidados de su bebé serán los habituales del hospital e igual de seguros en ambos grupos. Vd. se comprometerá a contestar una pregunta telefónica a las seis semanas del nacimiento sobre el tipo de alimentación con la que continúa el bebé. El tiempo que dura la intervención será de 70 minutos. Después el investigador/a hará distintas observaciones durante la primera toma de lactancia materna cuando esté con su madre.

**Privacidad y Confidencialidad:**

Los datos que Vd. nos facilite serán tratados de forma confidencial y sólo tendrán acceso a ellos los componentes del equipo de investigación. Serán almacenados en una base de datos de dominio privado y se seguirá un código numérico para garantizar el anonimato. Eventualmente, y siempre de forma anónima, se podrán compartir los resultados con otros investigadores que lo soliciten para futuras investigaciones en este campo.

**Aspectos éticos:** Este estudio de investigación clínica se realizará siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente en nuestro país en materia de investigación clínica, especialmente la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Este proyecto cuenta además con la conformidad del Comité de Ética del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga

**Yo Padre:** \_\_\_\_\_

DNI/Pasaporte: \_\_\_\_\_

**Yo Madre:** \_\_\_\_\_

DNI/Pasaporte: \_\_\_\_\_

Hemos leído la hoja informativa que me ha sido entregada

Hemos tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

Hemos recibido respuestas satisfactorias.

Hemos recibido suficiente información en relación con el estudio.

Hemos hablado con el Investigador/a: \_\_\_\_\_

Entiendo que la participación es voluntaria y que soy libre de participar o no en el estudio.

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes extremos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación:

- 
- Que estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos (Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal), por la que debe garantizarse la confidencialidad de los mismos.
  - Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.
  - Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.

Entendemos que puedo abandonar el estudio y retirar nuestro consentimiento:

- Cuando deseemos.
- Sin que tengamos que dar explicaciones.
- Sin que ello afecte a nuestros cuidados sanitarios

Por ello presto libremente mi conformidad para participar en este proyecto de INVESTIGACIÓN sobre contacto piel con piel con padres en cesáreas, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre de los pacientes o sujetos colaboradores:

Firma:

Fecha:

**Institución/Servicio en el que se realiza el estudio:** Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

**Dirección de contacto:** Urgencias de maternidad del Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Campus de Teatinos S/N. 29010. Málaga.

**E-mail:** crengel@terra.es

**Teléfono:** 951032062.

Firma:

ANEXO 4

**La Subcomisión de Investigación Clínica del Hospital Universitario “Virgen de la Victoria”, de Málaga, reunida el día 8 de noviembre de 2010, con la asistencia de sus miembros:**

D. Francisco Javier Estebanz García, D. Alberto Delgado García, D. Ramón Porras Sánchez, D. José Manuel Trigo Pérez, D<sup>a</sup> Isabel Lucena González y D<sup>a</sup> Carolina Conejo Gómez.

Ha evaluado la propuesta para que se lleve a cabo en el Centro el proyecto de investigación, **“Efecto del contacto piel con piel con padres de recién nacidos por cesárea sobre la lactancia materna.”**.

- El proyecto evaluado cumple con los requerimientos legales exigibles y el planteamiento metodológico es correcto.
- El protocolo establece claramente los objetivos.
- Los riesgos y molestias previsibles para el sujeto están definidos acotados y justificados, con la cobertura que procede.
- Existe consentimiento informado, la hoja de información para los sujetos es comprensible y completa y se contempla el procedimiento de garantía de confidencialidad e intimidad.
- Esta Comisión considera que, **D. Cristóbal Rengel Díaz**, y su equipo, está capacitado para llevar a cabo este proyecto, que es de desarrollo factible en este Centro, aprobando en todos sus términos la realización del mismo.

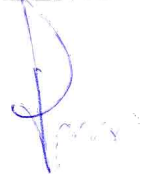
En Málaga, a 8 de noviembre de 2010

EL SECRETARIO



Fdo.: Ramón Porras Sánchez  
CONSELERÍA DE SALUD  
SERVICIO ADMINISTRATIVO  
HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA  
SERVICIO DE PERSONAL Y  
ADMINISTRACIÓN  
MÁLAGA  
JUNTA DE ANDALUCÍA

EL PRESIDENTE



Fdo.: Fco. Javier Estebanz García