

Papel de la abuela en la lactancia materna

RESUMEN

Objetivo: investigar la influencia de la abuela sobre la madre que da lactancia materna y su relación con la incidencia y prevalencia de la misma. **Método:** se realizó una revisión integral consultando de las bases de datos MEDLINE OVID, DIALNET y COCHRANE LIBRARY. Tras el análisis de los textos, se escogieron once estudios de investigación que iban dirigidos directamente a comprobar la influencia de las abuelas en la incidencia y prevalencia de la lactancia materna en diferentes contextos. **Resultados:** la abuela apareció como fuente de apoyo en población rural (41 %). En población urbana la abuela aparece entre los tres factores principales (intención de la madre de lactar o no, decisión de la madre del patrón de alimentación de su hijo e información objetiva sobre pautas de amamantamiento), tanto en el papel de apoyo (94,7 %), como en el de obstáculo (26,7 %). En cuanto a la decisión de la madre sobre el patrón de alimentación de sus hijos, el 78 % refiere haber tomado la decisión antes del embarazo o en el primer trimestre. La convivencia con la abuela tuvo asociación positiva con dar agua o infusiones (PR regresión de Cox con IC 95 %: 1,51 [1,10-2,09]; $p = 0,011$). **Conclusiones:** a la luz de la revisión, la influencia detractora o no que ejerce la abuela sobre la lactancia materna la da sobre los tres factores principales. La influencia detractora ejercida por los consejos de la abuela parece estar relacionada con conocimientos erróneos adquiridos como “generación del biberón” más que con la intencionalidad, y es susceptible de modificarse con información adecuada, con resultados favorables sobre el patrón de alimentación.

PALABRAS CLAVE

Lactancia materna, relaciones madre-hijo, red social, enfermería. (Fuente: DeCS, BIREME).

The Grandmother's Role in Breastfeeding

ABSTRACT

Objective: to investigate the effect the grandmother has on the breastfeeding mother and how it relates to the incidence and prevalence of breastfeeding. **Materials and methods:** A comprehensive database review was conducted in MEDLINE OVID, DIALNET and the COCHRANE LIBRARY. After analyzing the texts, eleven studies aimed directly at verifying the influence of grandmothers on the incidence and prevalence of breastfeeding in different contexts were selected. **Results:** The grandmother emerges as a source of support among the rural population (41 %). In the urban population, the grandmother appears among the three main factors (mother's intention to breastfeed or not, mother's decision on a feeding pattern for her child, and objective information on breastfeeding patterns), in a supporting role (94,7 %) and in a hindering role (26.7 %). As for the mother's decision on a feeding pattern for her children, 78 % reported having made

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Losa Iglesias, M., Rodríguez Vázquez, R., Becerro de Bengoa Vallejo, R. (2013). Papel de la abuela en la lactancia materna. Aquichan. Vol. 13, No. 2, 270-279.

1. Profesora Titular, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España. marta.losa@urjc.es
2. Especialista obstétrico-ginecológica. Unidad Docente de La Paz, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España. rrodriguezvazquez@alumnos.urjc.es
3. Profesor Titular, Universidad Complutense de Madrid, España. ribebeva@enf.ucm.es

Recibido: 12 de marzo de 2012
 Enviado a pares: 14 de mayo de 2012
 Aceptado por pares: 15 de julio de 2013
 Aprobado: 17 de julio de 2013

the decision before pregnancy or in the first quarter. Living with the grandmother is positively associated with providing water or teas (PR in Cox regression with 95 % CI: 1.51 [1.10 to 2.09], $p = 0.011$). **Conclusions:** In the light of the review, the detracting or non-detracting influence exerted by the grandmother with respect to breastfeeding affects the three main factors. The detracting influence exerted by the grandmother's advice seems to be related to incorrect knowledge acquired more as part of the "bottle fed generation" rather than intentionality, and is susceptible to being modified through appropriate information, with favorable results on the feeding pattern.

KEYWORDS

Breast feeding, mother-child relations, social network, nursing. (Source: DeCS, BIREME).

O papel da avó na lactância materna

RESUMO

Objetivo: pesquisar a influência da avó sobre a mãe que dá lactância materna e sua relação com a incidência e prevalência desta. **Materiais e métodos:** realizou-se uma revisão integral consultando as bases de dados MEDLINE OVID, DIALNET e COCHRANE LIBRARY. Após a análise dos textos, escolheram-se onze estudos de pesquisa que vão dirigidos diretamente a comprovar a influência das avós na incidência e prevalência da lactância materna em diferentes contextos. **Resultados:** constatou-se que a avó apareceu como fonte de apoio na população rural (41%). Na população urbana, a avó aparece entre os três fatores principais (intenção da mãe de lactar ou não, decisão da mãe do padrão de alimentação de seu filho e informação objetiva sobre pautas de amamentação), tanto no papel de apoio (94,7%) quanto no de obstáculo (26,7%). Quanto à decisão da mãe sobre o padrão de alimentação de seus filhos, 78% referem ter tomado a decisão antes da gravidez ou no primeiro trimestre. A convivência com a avó teve associação positiva com dar água ou infusões (PR regressão de Cox com IC 95%: 1,51 [1,10-2,09]; $p = 0,011$). **Conclusões:** à luz da revisão, a influência detratora ou não que exerce a avó sobre a lactância materna se dá sobre os três fatores principais. A influência detratora exercida pelos conselhos avó parece estar mais relacionada com conhecimentos errôneos adquiridos como "geração da mamadeira" do que com a intencionalidade e é suscetível de ser modificado com informação adequada, com resultados favoráveis sobre o padrão de alimentação.

PALAVRAS-CHAVE

Aleitamento materno, relações mãe-filho, rede social, enfermagem. (Fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

Contrario a lo que pueda parecer, la lactancia materna (LM) no es instintiva (1). En la mayoría de países desarrollados se han puesto en marcha medidas para aumentar las tasas de incidencia y prevalencia de lactancia materna exclusiva durante al menos los seis primeros meses de vida del niño. La mayor parte de las veces es a través de estrategias que implican únicamente a instituciones y personal sanitario que consideran a la LM como un hecho aislado (2). Sin embargo, el proceso de embarazo-parto-LM-crianza, es un proceso complejo y cultural que depende de los contextos social, económico y sanitario (1, 2), y sin una visión de conjunto, las políticas sanitarias encaminadas a la mejora de las tasas de LM no lograrán los resultados deseados.

En sociedades donde la lactancia materna exclusiva (LME) no es la norma, las abuelas pueden ejercer un efecto detractor o de impulso en su instauración y mantenimiento. Las madres necesitan y quieren el apoyo de las abuelas, pero sus consejos y preocupaciones pueden reflejar las creencias culturales ante la lactancia materna (3).

Se puede dar el caso de que hasta tres generaciones anteriores a la madre prelactante no hayan amamantado o visto amamantar eficazmente a sus hijos (4). Incluso cuando lo han hecho, esta madres pueden estar rodeadas de mensajes contradictorios en los que se afirma que la lactancia con leches maternizadas es mejor que la LM (5). Estos mensajes pueden ser emitidos por personal sanitario, hijo de la “generación del biberón”, que ahondando en este concepto, podemos definir como individuos adultos que no han sido amantados con leche materna y que entienden que su situación de salud física y afectiva es adecuada, por lo que marginan o no dan importancia a la instauración de la LM (6). La madre, por tanto, puede estar abrumada por las dudas, especialmente en las primeras seis semanas en las que debe consolidarse el proceso fisiológico de la LM (2).

Los consejos sobre LM suministrados por las abuelas suelen ir en consonancia con sus propias experiencias y no con los conocimientos de la misma (7, 8), lo que puede suponer un importante estímulo y aporte de seguridad para la madre en algunos casos o, por el contrario, un entorno hostil inmerso en un escenario moderno (9).

Existen muchas razones por las que las mujeres pueden tomar la decisión de alimentar a sus bebés con leches maternizadas, sin ni siquiera intentar la lactancia materna (10), entre ellas

se incluyen el uso de medicamentos potencialmente nocivos para el bebé, la cirugía en mama previa al embarazo y parto, experiencias anteriores negativas en relación con la lactancia materna en partos anteriores, partos múltiples, tabaquismo y otras responsabilidades familiares o laborales que hacen difícil compaginar la lactancia materna (11, 12).

Pero la presión familiar en contra, ocasionada por la experiencia y la confusión heredada por la “generación del biberón”, es una de las más fuertes y hace que la madre pueda perder grandes cantidades de energía en mantener su decisión que suele acabar con el abandono de la lactancia, en el caso de haberla iniciado (7). Lakshman *et al.* en su estudio (13) analizaron seis artículos cualitativos y 17 cuantitativos muy interesantes e ilustrativos sobre el tema, y concluyeron que las madres que alimentaban con biberón a sus bebés experimentaban emociones negativas como culpa, ira, preocupación, incertidumbre y finalmente una sensación de fracaso. Estas madres afirmaban haber recibido poca información sobre la alimentación con biberón o con leche materna, y que esa desinformación las hacía sentirse incapaces de tomar la decisión de amamantar o no a su hijo (14).

Aun con intervenciones y seguimiento sanitario que clarifique las ideas sobre LM, las madres desean el apoyo, la cercanía y el consejo de la abuela materna o paterna (3). En ocasiones, el consejo de las abuelas no es contrario a la instauración de la LM, pero influye en la introducción de agua o infusiones (15, 16) en la ingesta diaria del bebé y esto interfiere en la LME y condiciona al abandono de la misma, o la producción de leche *a posteriori*.

Tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo los mitos más frecuentemente transmitidos por las abuelas son los de cantidad insuficiente de leche ante el llanto del niño y la creencia de que la madre que da LM descansa menos o peor (8, 15).

El mayor o menor poder de la abuela en el entorno familiar o sociocultural establece el impacto de su influencia en la LM, pudiendo dejar a la madre en una situación difícil para poder elegir en caso de que las indicaciones sanitarias sean contrarias a las de la tradición ya que habitualmente no se incluye a la abuela materna ni paterna en las actuaciones sanitarias de promoción y tampoco se integran dichas actuaciones en la cultura del lugar donde se desarrollan (17).

La red social, por tanto, y particularmente la abuela materna o paterna, dependiendo de la sociedad y su cultura, podrían ser

una red de apoyo o de abandono de la LM y por ello merece ser blanco de actuaciones sanitarias específicas teniendo en cuenta sus tradiciones, situación social (18,19), así como su nivel cultural y económico (20).

En los países desarrollados el acceso a los servicios sanitarios y a las múltiples fuentes de información hacen que las madres no necesiten tanto el conocimiento de las abuelas como el apoyo y la comprensión de estas ante la decisión de dar LME. Aun así el entorno cercano, liderado normalmente por las abuelas, es la principal fuente de información y apoyo en la mayoría de las ocasiones (21).

Por todo ello, se hace necesario investigar la influencia de la abuela sobre la madre que da LM y su relación con la incidencia y prevalencia de la misma, así como proyectar la necesidad o no de nuevas estrategias sanitarias para que las abuelas sean incluidas en los programas destinados a mejorar estas tasas.

Materiales y métodos

Para analizar la influencia de las abuelas sobre el inicio y mantenimiento de la lactancia materna se realizó una búsqueda bibliográfica centrada en aquellos estudios de investigación que contribuyesen aportando directamente datos sobre las mismas, y no en un contexto de estudio de toda la red social de la madre lactante.

Las búsquedas se realizaron en MEDLINE OVID, DIALNET y COCHRANE LIBRARY durante el mes de enero de 2012, con las palabras clave "lactancia materna" y "abuela", en español e inglés. No se realizó restricción en la búsqueda en cuanto al año de publicación, en parte debido a la poca cantidad de estudios de investigación sobre este tema.

Tras analizar los resultados hallados en DIALNET y COCHRANE LIBRARY, los textos fueron eliminados del estudio por ser artículos de revisión, poco específicos o clarificadores para el tema de la investigación. De los 16 artículos obtenidos mediante MEDLINE OVID, se eliminaron del análisis tres de ellos por ser estudios cualitativos, aunque sirvieron para centrar el tema y aportar más información y conocimiento. También se eliminaron dos estudios por no ser pertinentes para el objeto de esta investigación al tratar de una forma parcial el tema. En cuanto a los tipos de estudio analizados en esta revisión integral, nueve de los diez artículos eran descriptivos y uno de ellos analítico.

Debido a esa escasez de estudios, tampoco se estableció un criterio de elegibilidad de textos en lo referente a la muestra, por lo que la población estudiada en su totalidad es heterogénea: primíparas y multíparas de diferentes edades y niveles socioculturales y económicos en poblaciones rurales y urbanas. Algunas mujeres convivían con las abuelas materna o paterna y otras no. Dependiendo del contexto cultural y las creencias tradicionales de la población en estudio, las investigaciones de los artículos incluidos se centraban en la influencia de la abuela materna, paterna, o ambas.

En nueve de los diez artículos los datos fueron extraídos a partir de entrevistas o cuestionarios y en solo uno de ellos los datos fueron recogidos a través de registros nacionales oficiales.

Todos los artículos revisados para esta investigación cumplieron con los requerimientos éticos en la realización de las entrevistas por un lado, y en el procesamiento de los datos y publicación de los resultados, por otro.

En lo referente a la comprensión de la lectura y el análisis de los textos en inglés, se debe señalar que el equipo de investigación posee un nivel alto y certificado en comprensión oral y escrita del idioma, hecho que minimizó el sesgo.

Posiblemente la revisión integral realizada se vio limitada por la exclusión de todos aquellos datos arrojados por los estudios que no iban dirigidos directamente a comprobar la influencia de las abuelas en la incidencia y prevalencia de la lactancia materna en diferentes contextos; es decir, que fueron excluidos aquellos artículos en los que el objetivo principal era evaluar la influencia del entorno social en general, pero no centrado en el papel de la abuela materna o paterna. Durante la búsqueda bibliográfica se pudo comprobar la presencia de la influencia del factor del entorno social en múltiples estudios, pero no como tema principal, lo cual no excluye la posibilidad de extraer de ellos conclusiones interesantes para el objetivo de esta investigación.

Otra posible limitación puede derivarse de la no realización de subgrupos según los años en los que se llevaron a cabo los estudios, ya que en investigaciones más actuales pueden influir las políticas sanitarias pro lactancia materna o los medios de comunicación en la propia influencia de las abuelas, especialmente en el medio urbano, pero insistimos en la imposibilidad de hacerlo debido a los pocos textos que cumplían criterios de inclusión.

Respecto a las consideraciones éticas de la presente revisión integral es necesario apuntar que se han seguido las recomendaciones del National Research Council of the National Academies en lo que respecta a la integridad y buenas prácticas en investigación (22).

Resultados

La población y las variables de estudio de los artículos incluidos en esta revisión integral son muy heterogéneos; la composición demográfica y variables de los mismos se muestra en la Tabla 1.

Analizando un estudio sobre una muestra de población rural en Kentucky (EE.UU.) (23), cuyo patrón de alimentación se detalla en la Tabla 2, se obtuvo que la fuente principal de apoyo referido por las mujeres era la abuela materna o paterna (41 %), por delante de la pareja (38 %), otros miembros de la familia (7 %) o los profesionales sanitarios (14 %). El 42,3 % de esas mujeres confiaron en el consejo de las abuelas sobre alimentación, frente al 26,9 % que confió principalmente en el pediatra.

En otro estudio con población urbana de México D.F. (8) se identificaron fuentes de apoyo y fuentes de obstáculo para la instauración de la LM (Tabla 3). Tanto la abuela materna como paterna se situaron entre las tres frecuencias y saliencias⁴ más altas.

En el estudio de Arora *et al.* (21) con mujeres norteamericanas que daban LM el apoyo/consejo de la abuela apareció como fuente de refuerzo en la decisión de dar LM con el 23,5 % (8º lugar de 11 ítems) entre los que el principal era la creencia de que es lo mejor para la salud del bebé (61,8 %) y que es la forma de alimentación más natural (59,7 %). Sin embargo, el 78 % reconoció haber tomado la decisión del patrón de alimentación de sus hijos antes del embarazo o en el 1º trimestre del mismo. En cuanto a la identificación de las fuentes de información objetivas, la familia (padre y abuelas en el estudio) apareció como la fuente principal con un 33,9 %.

En otro estudio realizado en gestantes de población predominantemente rural de Missouri (EE. UU.) (24), el 36,2 % de las abuelas habían dado LM a las gestantes objeto del estudio o a otros hijos, lo que se asoció con mayor probabilidad de intención de dar LM por parte de las gestantes según el análisis con chi-cuadrado ($p < 0,004$; OR = 4,5 IC 95 % [1,55-13,09]), así como la aproba-

ción masculina ($p < 0,01$; OR = 6 IC 95 % [1,87-19,16]). El porcentaje de mujeres con intención de dar LM fue del 49,2 % (16). Sin embargo, resultados ofrecidos por otros autores consultados (3) indican que menos de la mitad de las mujeres con lactantes menores a 6 meses admiten la influencia de las opiniones de la abuela (43,3 % abuela materna y 32,4 % abuela paterna). En este estudio, la mayoría de abuelas consideraban buena la LM (93,2 % abuelas maternas y 84,4 % abuela paterna).

En el estudio realizado en Bolivia (20) encontramos que en un 90,8 % de la muestra de abuelas, estas tuvieron una actitud positiva frente a la LM, pero en el análisis de regresión lineal no hubo asociación positiva entre la actitud de la abuela y el patrón de alimentación en términos de uso de calostro (OR = 1,52; IC 95 % [0,4-5,36,]), LME (OR = 0,91; IC 95 % [1,51-4,38]) ni LM a demanda (OR = 0,99; IC 95 % [0,47-2,06]).

En el estudio de Kessler (25) se demostraron variables estadísticamente significativas ($p \leq 0,005$) relacionadas con la intención de dar LM en mujeres con hijos menores de 7 días de vida, como la actitud previa positiva de la madre hacia la LM, relacionada significativamente con el inicio exitoso de la LM (OR = 66,7; IC 95 % [64,1-69,3]), la preferencia de LM sobre la lactancia artificial (LA) por parte de sus familiares y tener pareja estable (casada). La preferencia de los familiares (30 % compuesto por abuela materna) tuvo también un efecto significativo estadísticamente según el análisis multivariado (OR = 58,82; IC 95 % [47,82-69,82]).

En el único estudio de casos y controles analizado, tras una intervención de educación para la salud a las abuelas de lactantes en población rural senegalesa, se constató un aumento importante en el asesoramiento en conductas saludables por parte de la abuela hacia sus hijas en época de amamantamiento (29-46 % pretest al 92-98 % posttest) y en el grupo de casos se observó un aumento de dichas conductas saludables respecto al de controles en las mujeres expuestas al consejo de la abuela materna (35-57 % frente al 93-98 %) (19).

En cuanto a la administración de biberón a los lactantes (con leche maternizada, agua o infusiones) como prácticas contrarias al éxito de la LM, existe asociación positiva significativa entre la convivencia con la abuela materna y el uso de biberón, pero no con la abuela paterna, según se observa en la Tabla 4, que arroja los resultados obtenidos en un análisis logístico multivariado en una población urbana de Porto Alegre (Brasil) (15).

⁴ Frecuencia sopesada con el rango promedio de mención de cada personaje y representando, por tanto, no solo la proporción, sino también si se menciona antes o después.

Otro estudio consultado y analizado revela la asociación entre la convivencia con las abuelas materna y paterna con la introducción de ingesta de agua o infusiones y con la introducción de LA de forma independiente, y lo demuestra utilizando análisis de regresión multivariada de Cox. De las variables sociales analizadas en este estudio, la convivencia con la abuela materna tenía una asociación positiva con la introducción de agua/infusiones (PR regresión de Cox con IC 95 %: 1,51 [1,10-2,09]; $p = 0,011$) pero no la tenía con la introducción de LA (PR regresión de Cox con IC 95 %: 1,51 [0,89-2,54]), ni tampoco la convivencia con el padre (PR regresión de Cox con IC 95 %: 0,96[0,59-1,55]). También se determinó que el abandono de LM en los primeros 6 meses era más frecuente en niños que tomaban lactancia mixta o que se les había introducido una ingesta de agua/infusiones en contraposición con los bebés que tomaban LME ($p < 0,001$) (17).

Los hallazgos relacionados con la convivencia con la abuela se investigan en el estudio de Susin *et al.* (16), en el que se realizó un análisis bivariado y multivariado con el objetivo de buscar la relación entre el consejo de las abuelas materna y paterna en lo referente a introducir ingesta de agua/infusiones y el abandono de la LM en el primer mes. Se demostró una asociación positiva para ambas: OR aj. 2,22; IC 95 % [1,50-3,30] para la abuela materna y OR aj. 1,83; IC 95 % [1,24-2,71] para la abuela paterna. Este estudio se realizó en una población urbana de Porto Alegre en donde el contacto diario con la abuela paterna era del 30 % y con la abuela materna del 40 %.

Por último, se deben señalar los interesantes resultados arrojados por el estudio de investigación de Casper y Hogan (26) que encuentran asociación inversamente proporcional entre cercanía de la abuela u otro familiar y la probabilidad de dar LM, según muestra la Tabla 5, extraída de este estudio.

Discusión

Tanto en medio urbano como rural, una fuente de apoyo u obstáculo importante para la LM referida por las mujeres es la abuela materna o paterna (23, 8), sin embargo, no parece que esta sea suficiente para que las mujeres tomen una decisión. A la luz de los resultados obtenidos por el estudio de investigación de Turnbull-Plaza (8) encontramos que la mayoría de las abuelas habían ejercido de apoyo ante la decisión de la LM. Esto nos obliga como profesionales de la salud a prestar atención a ítems que están relacionados entre sí, como son la decisión, la intención y la información objetiva.

En esta línea, otros estudios (21) defienden que la abuela es una fuente de refuerzo en mujeres que dan LM pero, en contraposición al estudio de Turnbull-Plaza (8), no aparece entre las fuentes principales. Esto puede deberse a la conclusión alcanzada de que las mujeres toman la decisión de dar LM o antes de estar embarazadas o en el primer trimestre, periodos en los que habitualmente el personal sanitario no les da mucha información al respecto. Esto está presente también en los resultados de Kessler *et al.* (25) referidos, en este caso, a la intención de dar LM. La variable intención, íntimamente relacionada con la toma de decisión del patrón de alimentación, nuevamente parece influida por la simple opinión de la abuela, o que la madre haya sido amantada, o la opinión de su pareja (24).

Por otro lado, el entorno familiar, incluyendo a la abuela, aparece como fuente de información objetiva (beneficios, técnica...) sobre LM. Esto podría justificar la influencia negativa sobre las tasas de inicio y prevalencia de LM, ya que las abuelas de estos estudios pertenecen a la "generación del biberón" (21). Incluso, aunque las abuelas apoyan positivamente la LM, esto no se traduce en mejores resultados de instauración o mantenimiento, como concluye la investigación de Ludvingsson (20).

Entre las prácticas desaconsejadas para la LM según la OMS aparece la de dar agua o infusiones al niño alimentado con LM. Respecto a esto, la cercanía de la abuela ejerce una influencia importante al favorecer estas prácticas, lo cual lleva en ocasiones al abandono de la misma (16,17) probablemente hasta justificar el hecho de que a más cercanía de la abuela mayor probabilidad de baja tasa de LM (26). Sin embargo, esta cercanía no parece traducirse en un aumento de decisión a favor de LA por parte de la madre, lo que puede suponer un sustento a la teoría de que las abuelas "pro-LM" ejercen su influencia en la decisión pero también ejercen una influencia negativa en la prevalencia debido a sus conocimientos escasos o erróneos.

En el único estudio de casos y controles (19) incluido en esta revisión integrativa y realizado en población rural, encontramos que la información de las abuelas sobre las prácticas para el inicio y mantenimiento de la LM fueron altamente efectivas, produciendo cambios en el manejo de la misma por parte de las madres.

En cuanto a la diferenciación entre la influencia ejercida por las abuelas materna y paterna, los resultados muestran influencia de ambas (23), siendo las mayores tasas favorecedoras las de las abuelas maternas (3, 8, 15,16).

A la luz de la escasez y heterogeneidad de las variables incluídas en los estudios analizados, y también en lo que respecta a la población, sería recomendable encauzar próximas investigaciones a aclarar diversos puntos que han quedado poco clarificados en esta revisión integral, los cuales son:

- Cuantificar la influencia de la abuela materna sobre la intención, toma de decisión y prácticas de LM como variables que deben desglosarse.
- Clarificar el papel de la abuela en cuanto a influencia en las distintas culturas.
- Cuantificar el impacto de la información sobre LM previa al embarazo y en el primer trimestre del mismo.
- Comparar la influencia de las abuelas de la “generación del biberón” con las que pertenezcan la repunte de LM, especialmente en países con buenos datos de incidencia y prevalencia de la misma.
- Verificar la influencia de la abuela en las prácticas de LM en países con políticas activas pro-LM y acceso sanitario óptimo.

Conclusiones

A tenor de la revisión realizada encontramos que la abuela (materna principalmente), puede ser considerada dentro de los factores de apoyo o dentro de los factores detractores para la LM en igual medida, pero no es el único factor influyente. Su influencia depende del medio social y la cultura.

El ámbito de influencia de la abuela sobre la LM se ejerce sobre tres ítems principales: intención de la madre de dar LM o no, decisión de la madre del patrón de alimentación de su hijo e información objetiva sobre pautas de amamantamiento, pudiendo afectar el inicio o el mantenimiento de la misma. Sin embargo, la intención y la decisión suelen estar tomadas antes del embarazo o en su primer trimestre.

La influencia negativa ejercida por los consejos de la abuela en materia de LM parecen estar relacionadas con conocimientos erróneos adquiridos más que con la intencionalidad, y es susceptible de modificarse con información adecuada, con resultados favorables sobre el patrón de alimentación ofrecido por las madres a sus lactantes.

Se hace necesario, entonces, que las políticas sanitarias para estimular y aumentar las tasas de LM incluyan información general a las futuras madres y abuelas antes del embarazo y no tanto durante el mismo o después y de manera contextualizada con la cultura a la que se dirija. Los medios deben ser útiles para llegar a aquellas abuelas no amamantadas, susceptibles de ejercer influencia negativa sobre la LM, ya que serían muy útiles para reforzar y apoyar a la madre prelactante.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no existe ningún tipo de conflicto de intereses.

Referencias

1. Vinther T, Helsing E. Breastfeeding: how to support success. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1997.
2. Pallás CR, Gómez A, Aguayo J. Maternidad, parto y crianza. En: Aguayo J, Gómez A, Hernández MT, Lasarte JJ, Lozano MJ, Pallás CR. Manual de Lactancia Materna: de la teoría a la práctica. Madrid: Panamericana; 2008. p.1-7.
3. Grassley J, Eschiti V. Grandmother breastfeeding support: what do mothers need and want? Birth 2008;35(4):329-35.
4. Paricio Talayero JM. Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. En: Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid: Monografías de la AEP, 5. Ergon; 2004. pp 7-26.
5. Renfrew JM, Ansell P, Mackeod KL. Formula feed preparation: helping reduce the risks; a systematic review. Arch Dis Child. 2003;88:855-858.
6. Merewood A. Raza, etnia y lactancia materna. Pediatrics (Ed esp). 2006; 62(4):649.
7. Reid J, Schmied V, Beale B. 'I only give advice if I am asked': examining the grandmother's potential to influence infant feeding decisions and parenting practices of new mothers. Women & Birth: Aust J Midwifery. 2010;23(2):74-80.

8. Turnbull-Plaza B, Escalante-Izeta É, Klunder-Klunder M. Papel de las redes sociales en la lactancia materna exclusiva: una primera exploración. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2006;44(2):97-104.
9. Guizardi Polido C, Falleiros de Mello D, Garcia de Lima Parada CM, Barros Leite Carvalhaes MA, Pamplona Tonete VL. Maternal experiences associated with longer term exclusive breastfeeding: an ethnographic study. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(5):624-30.
10. Shaker I, Scott J A, Reid M. Infant feeding attitudes of expectant parent's breastfeeding and formula feeding. *J Adv Nurs.* 2003;45(3):260-427.
11. Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J. Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Paediatrics.* 2005;116(6):1408-1412.
12. Lee E. Health, morality, and infant feeding: British mothers experiences of formula milk use in the early weeks. *Sociol Health Ill.* 2007;29:1075-1090.
13. Lakshman R, Ogilvie D, Ong KK. Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Arch Dis Child.* 2009;94:596-601.
14. Moore E. Systematic review: Mothers bottle feeding their babies feel negative emotions such as guilt and worry, and receive little information about bottle feeding. *Evid Based Nurs.* 2010;13:27-28.
15. Franca MC, Giugliani ER, Oliveira LD, Weigert EM, Santo LC, Kohler CV, et al. Bottle feeding during the first month of life: determinants and effect on breastfeeding technique. *Rev Saude Publica.* 2008;42(4):607-14.
16. Susin LR, Giugliani ER, Kummer SC. Influence of grandmothers on breastfeeding practices. *Rev Saude Publica.* 2005;39(2):141-7.
17. Giugliani ER, do Espirito Santo LC, de Oliveira LD, Aerts D. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration. *Early Human Development.* 2008;84(5):305-10.
18. Bezner R, Dakishoni L, Shumba L, Msachi R, Chirwa M. "We grandmothers know plenty": breastfeeding, complementary feeding and the multifaceted role of grandmothers in Malawi. *Soc Sci Med.* 2008;66(5):1095-105.
19. Aubel J, Toure I, Diagne M. Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: the guardians of tradition are not averse to change. *Soc Sci Med.* 2004;59(5):945-59.
20. Ludvigsson JF. Breastfeeding in Bolivia - information and attitudes. *BMC Pediatrics.* 2003;3:4.
21. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics.* 2000;106(5):E67.
22. National Research Council of the National Academies. *Integrity in Scientific Research: creating an environment that promotes responsible conduct.* Washington: The National Academies Press; 2002.
23. Barton SJ. Infant feeding practices of low-income rural mothers. *Am J Mat Child Nurs* 2001;26(2):93-7.
24. Libbus MK, Kolostov LS. Perceptions of breastfeeding and infant feeding choice in a group of low-income mid-Missouri women. *J Hum Lact.* 1994; 10(1):17-23.
25. Kessler LA, Gielen AC, Diener-West M, Paige DM. The effect of a woman's significant other on her breastfeeding decision. *J Hum Lact.* 1995;11(2):103-9.
26. Casper LM, Hogan DP. Family networks in prenatal and postnatal health. *Soc Biology.* 1990;37(1-2):84-101.

Tabla 1. La población y las variables de los once estudios incluidos

TÍTULO	POBLACIÓN								
	LUGAR	TIPO	N	EDAD	PARIDAD	ETNIA	N. CULTURAL	N.ECONÓMICO	OTROS
Bottle feeding during the first month of life: determinants and effect on breastfeeding technique	Porto Alegre (Brasil)	Urbanas	211	75,8 % > 20 años	Primíparas: 46,9 %	Blanca: 70 %	≥ 8 años: 64 %		Convivencia con abuela materna: 30,8 % Convivencia con abuela paterna: 18,9 %
Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration	Porto Alegre (Brasil)	Urbanas	220	25 % < 20 años 75 % > 20 años	Primíparas: 47,3 %	Blanca: 69,1 %	≥ 8 años: 64,1 %		Experiencia en LM 59,5 % Convivencia con abuela materna o paterna: 19,1 % > 6 consultas sanitarias gestacionales: 78,6 % Preparación LM en el embarazo: 25,8 %
The role of social networks in exclusive breastfeeding	México D.F. (México)	Urbanas	19	Heterogénea	Heterogénea	Heterogénea	Heterogénea	Heterogénea	Hijo < 6 meses
Influence of grandmothers on breastfeeding practices	Porto Alegre (Brasil)	Urbanas	571	58,3 %: 20-30 años	Primíparas: 42,2 %	Blanca: 58,8 % Negra: 41,2 %	< 4 años: 18,9 % 4-8 años: 45,7 % > 8 años: 35,4 %	Bajo: 18,4 % Medio: 50,8 % Alto: 30,8 %	Abuela materna viva/abuela paterna viva
Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: the guardians of tradition are not averse to change	Senegal (13 pueblos)	Rural	76 mujeres 114 abuelas						Hijos < 12 meses
Breastfeeding in Bolivia - information and attitudes	La Paz (Bolivia)	Urbana: 95,7 % Rural: 4,3 %	502	13-45 años 62 % adolescentes		Latina	< 5 años: 35,3 % > 5 años: 64,7 %	Bajo: 33 % Medio: 59,1 % Alto: 7,9 %	Hijos < 12 meses Otros criterios: religión, estado civil, conviviente con pareja.
Infant feeding practices of low-income rural mothers	Kentucky (EE.UU.)	Rural	52	16-38 años Media 23,27		Blanca	Instituto: 41 % Universidad: 31 % Título Universitario: 8 %	< 10000 \$/año: 50 % a 20000\$/año: 27 % > 20000\$/año: 23 %	75 % con pareja
Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply	Pensilvania (EE.UU.)	Urbanas	245						< 12 meses
The effect of a woman's significant other on her breastfeeding decision	Baltimore (EE.UU.)	Urbanas	133			Blanca: 50 % Negra: 50 %	< Instituto: 16 % Instituto: 45 % > Instituto: 38 %	< 15000\$: 32 % > 15000\$: 68 %	Sólo 30 % muestra con abuelas. Resto con padres. Intención previa LM: Sí: 52 % No: 48 %
Perceptions of breastfeeding and infant feeding choice in a group of low-income mid-Missouri women	Missouri (EE.UU.)	Predominio rural	69	Media 22,7		Blanca	Bajo	Bajo	Al menos 10 semanas de gestación
Family networks in prenatal and postnatal health	EE.UU.	Muestra heterogénea	1226	21-28 años Media 23	Primíparas: 41,6 %	Blanca: 67,5 %	Instituto: 79,3 % No Instituto: 20,7 %	No pobres: 64,9 % Pobres: 35,1 %	

Tabla 2. Patrón de alimentación al nacimiento, 1 mes y 4-6 meses de vida

	PATRÓN DE ALIMENTACIÓN		
	LM (%)	LA (%)	L Mixta (%)
Nacimiento	41,2	52	8
1 mes	29	71	0
4-6 meses	20	80	0

Tabla 3. Fuentes de apoyo y obstáculo para LM referidos por madres con hijos < 6 m

	APOYO (%)		OBSTÁCULO (%)	
	F	S	F	S
Abuela materna	94,7	0,777	26,7	0,27
Abuela paterna	42,1	0,252	26,7	0,22

F = Frecuencia; S = Saliencia = frecuencia sopesada con el rango promedio de mención de cada personaje y representando, por tanto, no solo la proporción, sino también si se menciona antes o después.

Tabla 4. Asociación entre la convivencia con las abuelas y el uso de biberón a los 7 y 30 días de vida

VARIABLES	N	USO DE BIBERÓN A LOS 7 DÍAS (N = 45)			USO DE BIBERÓN A LOS 30 DÍAS (N = 30)		
		OR aj*	IC 95 %	p	OR aj*	IC 95 %	p
Convivencia con abuela materna	65	2,58	1,14-5,87	0,023	2,33	1,18-4,60	0,015
Convivencia con abuela paterna	40	1,58	0,58-4,34	0,374	0,77	0,35-1,68	0,505

* OR ajustada para las variables contenidas.

Tabla 5. Efectos de la cercanía de los familiares sobre la LM

Resultados de regresión logística que describen los efectos del acceso familiar sobre la lactancia materna		
VARIABLES	PROXIMIDAD ABUELA	
Constante	-2,804	(0,707)c
Proximidad de la abuela		
Abuela en el hogar	-0,699	(0,264) b
Abuela en el vecindario	-0,660	(0,198) c
Abuela dentro de 50 millas	-0,131	(0,193)
Datos perdidos proximidad abuela	0,007	(0,195)
Abuela lejos	...	
Grados de libertad	13	
-2(Log probabilidad X2)	273,47	
(-2 Log L.R.) P	0,000	

a N = 1,336. Errores estándar entre paréntesis.

b P < 0,01

c P < 0,001