



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Inducción de la lactancia materna en adopción, gestación por sustitución o en parejas formadas por dos mujeres

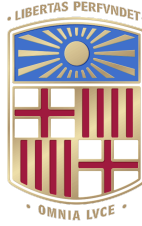
Gemma Cazorla Ortiz



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 4.0. Espanya de Creative Commons.

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 4.0. España de Creative Commons.

This doctoral thesis is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0. Spain License.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

**Inducción de la lactancia materna en adopción,
gestación por sustitución o en parejas formadas
por dos mujeres**

Tesis doctoral

Gemma Cazorla Ortiz

Directoras

Dra. Josefina Goberna-Tricas

Dra. Noemí Obregón-Gutierrez

Tutora

Dra. Josefina Goberna-Tricas

Barcelona, Noviembre 2021

*“Pot ser que ho dongui tot i no ho
aconsegueixi, que em quedí sense
forces, que tot i així segueixi.”*

(De bonesh. Oques Grasses)

Dedicatoria

Esta tesis la dedico a los que siempre han estado, están y estarán. Esos que durante este tiempo me han acompañado en este camino: familia, amigos y personas tan queridas. Por todos vosotros, que, aunque hayáis estado cerca o lejos, ya me he encargado durante este tiempo que supieseis que, esta tesis que tanto esfuerzo me ha costado, os la dedico de todo corazón. Porque sois mi motor y lo seguiréis siendo.

Entre todos los que habéis seguido esta gestación estás tú, Papa. Orgulloso siempre de mí, mientras estabas aquí, y seguro que orgulloso ahora, estés donde estés. Orgulloso de los logros conseguidos con esfuerzo, como los que conseguiste tú en la vida. La vida, eso que dura dos días y que, a veces, tan solo uno y medio. Esta dedicatoria ha tenido que ser modificada de manera repentina, como así de repentina ha sido tu marcha. Has volado y sé que también ayudarás a que todo este esfuerzo vuele hacia donde sea necesario. No solo yo o tú debemos ver los frutos de este trabajo. Este trabajo debe llegar al máximo número de personas posibles. Como yo querría, como tú querrías.

Agradecimientos

Esta tesis no habría sido posible sin ayuda. Ayuda no sólo de los que he tenido día a día a mi lado sino también de aquellos que, aún y no estando cada día a mi lado, me han animado y apoyado a seguir. A pesar de algunos cambios personales durante estos años, aquí está, producto del esfuerzo, perseverancia y mucha ilusión. Una tesis hecha por una mujer, para mujeres y con apoyo de muchas mujeres. En primer lugar, debo agradecer esta tesis a mi tutora y directora, Josefina Goberna-Tricas. Sus consejos, sus ánimos y su confianza, tan necesaria en los momentos de desánimo durante este proceso. Junto a ella, mi co directora, Noemí Obregón-Gutiérrez ha sabido acompañar y complementar. No puedo obviar quién vio el origen de esta tesis como tutora de mi tesina, Paola Galbany-Estragués, ella es sin duda la que primero creyó en mi proyecto y en mi ilusión y siempre la he sentido muy cerca. Esta tesis no podría haber sido posible sin estas tres grandes mujeres.

También debo agradecer a todas mis compañeras del hospital, que han vivido muy de cerca cómo se ha ido gestando poquito a poco esta tesis, los estudios que la componen y los artículos resultantes. A todas las llevadores de la CSPT debo agradecer haber estado ahí durante estos años: a las lunis, a las del martes, las de los jueves, la juventud de la noche y a las que además de compañeras son grandes amigas.

Agradecimiento máximo a mi familia: soy nieta de la primera mujer conductora de su pueblo, hija de una madre de tres mujeres, hermana de dos mujeres independientes, amiga de mujeres con mucha personalidad y madre de una gran mujer y un gran hombre. Sin ellas, esta aventura no hubiese sido posible, como tampoco sin el apoyo y el entendimiento de los

hombres que me acompañan, y que tienen una visión femenina de la vida. Todas las que estáis leyendo esta tesis, sois parte de ella. Esta tesis es de una mujer para otras mujeres. Ellas son el centro de mis estudios y prácticamente de mi vida. Mi vida está formada de grandes mujeres, trabajo con ellas y siempre trabajaré para ellas como matrona.

ÍNDICE

RESUMEN	9
ABSTRACT	12
LISTADO DE ACRÓNIMOS	14
INTRODUCCIÓN	16
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	16
LACTANCIA MATERNA	16
Beneficios generales de la lactancia materna	17
Beneficios de la lactancia materna en el niño	18
Beneficios de la lactancia materna en la madre	20
Beneficios de la lactancia materna para la sociedad	22
FISIOLOGÍA Y ANATOMÍA DE LA MAMA	23
Anatomía de la mama	23
Modificaciones de las mamas durante el embarazo	24
Fisiología de la lactancia materna	25
Principales hormonas que intervienen en la lactogénesis	25
FACTORES ASOCIADOS CON EL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA	26
LACTANCIA COMO SÍMBOLO DE IDENTIDAD MATERNAL	28
El vínculo a través de la lactancia materna	29
ORGANIZACIONES SANITARIAS Y LACTANCIA MATERNA	30
LACTANCIA MATERNA Y NUEVAS FORMAS DE FAMILIA	32
Adopción	32
Subrogación	33
Maternidad en parejas de dos mujeres	34
MADRES QUE NO HAN DADO A LUZ E INDUCCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	35
DEMANDAS HACIA EL SISTEMA SANITARIO DE LAS MUJERES QUE QUIEREN LACTAR SIN GESTACIÓN PREVIA	37
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	40
OBJETIVOS	42
METODOLOGÍA	44
RESULTADOS	46
Cazorla-Ortiz, G., Obregón-Gutiérrez, N., Rozas- Garcia, M.R., Goberna-Tricas, J. (2020). Methods and Success Factors of Induced Lactation: A Scoping Review. <i>Journal of Human Lactation</i> , 36(4), 739-749.	47

Cazorla-Ortiz, G. (2018). Métodos no farmacológicos para inducir la lactancia materna en adopción, subrogación y en la madre no gestante en parejas lesbianas: revisión bibliográfica. <i>Revista Musas</i> , 3(1), 38-56.	60
Cazorla-Ortiz, G., Galbany-Estragués, P., Obregón-Gutiérrez, N., & Goberna-Tricas, J. (2020). Understanding the Challenges of Induction of Lactation and Relactation for Non-Gestating Spanish Mothers. <i>Journal of Human Lactation</i> , 36(3), 528-536.	81
Cazorla-Ortiz, G., Obregón-Gutiérrez, N., Goberna-Tricas, J. La inducción de la lactancia en madres que no han dado a luz: Un desafío para las matronas ante nuevas demandas. <i>Matronas profesión. (en prensa)</i> .	94
DISCUSIÓN	117
RECOGER LAS DEMANDAS QUE HACEN LAS MUJERES QUE QUIEREN PASAR POR UN PROCESO DE INDUCCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA A LAS MATRONAS	123
LIMITACIONES	125
IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	126
CONCLUSIONES	129
BIBLIOGRAFÍA	131
FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA TESIS	142
FINANCIACIÓN	143
DIFUSIÓN	144
ANEXOS	151
CEIC	151

RESUMEN

Introducción: La leche humana es el mejor alimento que se puede ofrecer a un hijo o hija, no sólo por sus beneficios nutritivos sino también por aquellos beneficios no nutritivos como el fortalecimiento del vínculo. La inducción de la lactancia materna es el proceso por el que las personas que no han gestado a sus hijos o hijas pueden llegar a producir leche materna y por lo tanto beneficiarse de todos los aspectos de la lactancia materna. Con el aumento de las nuevas formas de familia: adopción, subrogación o parejas de dos mujeres, en las que no es necesario pasar por una gestación para tener un hijo o hija, los casos de inducción de la lactancia han ido aumentando. Los conocimientos sobre este proceso son escasos y es necesario ampliarlos para poder dar respuesta a las demandas de la sociedad.

Objetivos: Conocer los retos con los que se encuentran las mujeres que pasan por un proceso de inducción de la lactancia materna, describir cuáles son los métodos que se utilizan para inducir la lactancia materna, cuáles son los factores de éxito del proceso de inducción de la lactancia materna y determinar las demandas que hacen las mujeres que quieren pasar por un proceso de inducción de la lactancia materna a las matronas.

Metodología: Para dar respuesta a estos objetivos se ha realizado en primer lugar una revisión panorámica o scoping review con el fin de conocer los métodos para inducir la lactancia materna y los factores de éxito, la cual se ha complementado con una revisión sobre los métodos naturales. En segundo lugar se ha procedido a la realización de un estudio cualitativo con entrevistas en profundidad a mujeres españolas que han pasado por un proceso de inducción de la lactancia materna en casos de adopción, subrogación y en parejas de dos mujeres para conocer qué retos han encontrado durante el proceso.

Resultados: Los métodos utilizados para inducir la lactancia materna pueden ser farmacológicos y/o no farmacológicos pero la estimulación de los pechos es imprescindible

para llegar a producir leche materna. En relación a los factores que pueden interferir en el proceso de inducción de la lactancia materna están la edad del niño o niña, las interferencias con las tetinas, la falta de estimulación de los pechos y la falta de apoyo durante el proceso. Los retos con los que se han encontrado las mujeres que han pasado por una inducción de la lactancia materna son la propia dureza del proceso, los problemas propios de la lactancia materna, la dificultad en el acceso a la información y la falta de apoyo de los profesionales. Las demandas que las mujeres que se han inducido la lactancia materna han realizado a las matronas han sido sobre información, seguimiento y apoyo durante el proceso. La no resolución de estas demandas ha generado sentimientos de soledad y vulnerabilidad en las mujeres que han pasado por una inducción de la lactancia materna.

Conclusiones: Los métodos para inducir la lactancia varían de una mujer a otra. Las mujeres han demandado a los profesionales sanitarios cómo realizar el proceso de inducción de la lactancia materna y no han encontrado respuesta. Es necesario que los profesionales sanitarios aumenten los conocimientos sobre el proceso de inducción de la lactancia materna: los métodos de inducción de la lactancia materna, las preferencias de cada mujer y las razones para inducir la lactancia materna. Solo con la formación tanto de matronas como del resto de profesionales sanitarios se pueden elaborar protocolos y guías de actuación estandarizados y se puede dar respuesta a las demandas que realizan las madres que quieren lactar a los hijos o hijas que no han gestado.

ABSTRACT

Introduction: Human milk is the best nourishment women can offer to their sons or daughters. It is because of its nutritional benefits, and because of the non nutritive benefits like the bond strengthening aspect of it. Induction of lactation is the process through which people that haven't gestated their sons can produce breast milk and benefit from it.

Lately, new types of families have been emerging and so new and different ways to have children, like adoption or subrogation. Also, we can observe couples of women who don't need to gestate to have children where induction of lactation has been increasing. The knowledge about this process of induced lactation is scarce and there's a need to know more about it so we can deliver answers to the society's new demands.

Objectives: Knowing the challenges that women face when they go through an induced lactation process. Describing the methods that are used to induce lactation. Describing which are the successful processes of induction lactation. Determining women's demand towards midwives.

Methodology: In order to face these objectives, in the first place an scoping review has been done to know the methods and the successful factors to induce lactation and another allows to know the natural methods to induce lactation. In second place, a qualitative study interviewing Spanish women who have been through an induction of lactation during adoption processes, subrogation or two women couples has been done to know more about the challenges they have faced during the process and the demands they have made to midwives.

Results: The challenges that women who have gone through an induction of lactation have faced are the hardness of the process, problems related to breastfeeding itself, difficulties to access information about the topic and lack of support by professionals.

They haven't always used pharmacological methods to induce lactation. Breast stimulation is essential in order to produce breast milk. There are some factors that can interfere during induced lactation. Those include the age of the children, interference due to bottle feeding, lack of breast stimulation and the lack of support during the process. Most requests that midwives receive are to ask for more information and better follow up and support during the process. Not being able to cover these necessities has ended up in a feeling of loneliness and vulnerability for the women who are going through an induction of lactation.

Conclusion: The methods to induce lactation vary in every process of induced lactation. Women have asked health professionals how to carry out the process of induction of lactation and have not found an answer. Health professionals need to expand their knowledge about the induction of lactation. There's a need to continue learning about the methods to induce lactation, women's preferences and the reasons they have to go through the process. Using the information that comes from midwives and other health professionals it is possible to elaborate guides and standardized protocols to give a more efficient answer to the induction of lactation demand.

LISTADO DE ACRÓNIMOS

OMS: Organización Mundial de la Salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

VRS: Virus Respiratorio Sincitial

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

FIL: Factor Inhibidor de la Lactancia

LPH: Lactógeno Placentario Humano

INE: Instituto Nacional de Estadística

IBCLE: International Board of Lactation Consultant Examiners

INTRODUCCIÓN

"Nada de lo que usemos, escuchemos o toquemos podrá expresarse en palabras de igual manera a como lo percibimos a través de los sentidos."

(Hannah Arendt)

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la alimentación natural para el recién nacido y es el mejor alimento que este puede tomar. Son numerosas las organizaciones sanitarias que defienden la leche materna como beneficiosa no solo para el niño sino también para la madre, ya que los beneficios van más allá de la nutrición y son tanto a corto como a largo plazo (Guía de práctica clínica sobre lactancia materna, Ministerio de Sanidad, servicios Sociales e Igualdad, 2017). Sin embargo, socialmente, la lactancia materna no siempre ha gozado de esta defensa como mejor alimento infantil. Así pues, al inicio del siglo XX se produce un cambio en la manera de alimentar a los recién nacidos y se pasa de una alimentación con leche materna a una alimentación con leche modificada de otra especie. Entre los factores que contribuyeron a este cambio de modelo de alimentación estaban: la incorporación de la mujer al mundo laboral durante los siglos XIX-XX, que implicó una disminución del tiempo dedicado a los hijos; el pensamiento de la liberación de la mujer si otras personas podían alimentar a su hijo con una leche diferente a la materna; intereses de la industria farmacéutica, que potenciaba los beneficios de la lactancia materna y la intervención de los profesionales sanitarios en la crianza de los niños, recomendando una lactancia artificial como mejora alimentaria a los recién nacidos. Las consecuencias de este cambio en la alimentación infantil fueron desastrosas y, sobre todo en países en los que no se tenía acceso a agua potable, hubo un aumento de las muertes por infecciones, de las enfermedades infecciosas e inmunitarias y de la desnutrición. Por este motivo, asociaciones como la Organización Mundial de la Salud

(OMS), los Fondos de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), países miembros de las Naciones Unidas e incluso el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, a finales del siglo XX publicaron una serie de estrategias para defender la lactancia materna. En 1981 la OMS y UNICEF publicaron el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, al que España se adhirió en 1993. En 1990 la Declaración de Innocenti defiende la lactancia materna como mejor alimento que un niño puede recibir entre los cuatro y seis meses de vida, en 1991 la OMS-UNICEF creó la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), y en 2004 el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad española defiende esta iniciativa. Por lo tanto, es a finales del siglo XX cuando se vuelve a recuperar la defensa de la lactancia materna y no será hasta los inicios del siglo XXI, cuando estos esfuerzos darán fruto y se reconocerá el valor de la lactancia materna no tan solo para el niño sino también para la madre (Aguayo, Arena, Díaz-Gómez, Hernández & Landra, 2004; Dios-Aguado, Gómez-Cantarino, Rodríguez-López, Pina, Romera-Álvarez & Espina-Jerez, 2012).

Beneficios generales de la lactancia materna

Debido a que proporciona todos los nutrientes necesarios para un desarrollo saludable, la leche humana se considera una primera forma ideal de sustento para recién nacidos y bebés. La leche materna contiene anticuerpos que ofrecen protección a largo plazo a los lactantes contra numerosas enfermedades crónicas. También reduce el riesgo de la madre de contraer cáncer de mama y ovario, diabetes tipo 2 y depresión posparto (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). De acuerdo con la Convención de los Derechos de los Niños todos los lactantes y niños tienen derecho a una buena alimentación, el artículo 24 de esta convención defiende las ventajas de la lactancia materna y la necesidad de que todos los sectores de la sociedad y en particular los padres, conozcan sus beneficios (Convención de los Derechos de

los Niños [UNICEF], 1989). La desnutrición a nivel mundial implica la muerte de 2,7 millones de niños, un 45% de las muertes en lactantes . Por lo tanto, asegurar una buena alimentación del lactante y del niño es imprescindible no solo para mejorar la supervivencia infantil, sino también para fomentar el crecimiento y el desarrollo infantil. La alimentación saludable los dos primeros años de vida es especialmente importante ya que podría reducir la morbilidad y mortalidad infantil, el riesgo de enfermedades crónicas y mejorar el desarrollo general. La lactancia materna podría cada año salvar la vida a más de 820000 menores de cinco años. Es por esto, que, tanto la OMS como UNICEF recomiendan un inicio inmediato de la lactancia materna la primera hora de vida, lactancia exclusivamente materna los primeros seis meses de vida e introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos años o más. A pesar de estas recomendaciones, muchos lactantes y niños, no reciben lactancia materna. Sólo un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva entre 2007 y 2014 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

Beneficios de la lactancia materna en el niño

Son numerosos los estudios que defienden los beneficios que la lactancia materna tiene para el niño. De estos estudios se concluye que los niños que son amamantados durante períodos más largos tienen menor morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas, menos maloclusiones dentales, menos riesgo de padecer sobrepeso, diabetes o enfermedades crónicas en la edad adulta. Además, el aumento de la lactancia materna podría evitar unas 823.000 muertes infantiles y unas 20.000 muertes por cáncer de mama cada año, ya que disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama de las madres que lactan (Pattison et al., 2019).

A pesar de los conocidos beneficios de la lactancia materna, se deben considerar otros factores sociales, culturales y familiares que pueden interferir en el desarrollo o no de patologías en el niño (Tufts-New England Medical Center Evidence-Based Practice Center, 2007).

De acuerdo con Brahm y Valdés (2017), la lactancia materna reduce el riesgo de padecer ciertas patologías debido a la fácil digestión de la leche materna y al alto contenido en inmunoglobulinas.

Así, por ejemplo, independientemente del tipo de lactancia materna (exclusiva o acompañada con lactancia de fórmula) y del tiempo de lactancia, el riesgo de padecer gastroenteritis disminuye hasta un 64% en los niños amamantados. Al igual que ocurre con el riesgo de padecer infecciones respiratorias altas, que en niños amamantados de manera exclusiva más de 6 meses, disminuye hasta un 63% y a partir de los 4 meses de lactancia exclusiva el riesgo de padecer infecciones en las vías respiratorias bajas se reduce hasta un 72%, y un 77% a partir de los 6 meses. La bronquiolitis por VRS (Virus Respiratorio Sincitial), común en los lactantes, se ve reducida a partir de los 4 meses de lactancia materna. En relación con las otitis medias, la leche materna protege de la colonización y por lo tanto de padecer infecciones a nivel auditivo, cualquier tipo de lactancia materna disminuye hasta un 23% el riesgo de padecer otitis media aguda. Una lactancia materna exclusiva reduce el riesgo hasta un 50% a partir de los 3 o 6 meses de lactancia y 6 meses o más de lactancia materna exclusiva reduce el riesgo de padecer otitis media recurrente hasta un 77%. Otra de las patologías comunes en la infancia que se ve reducida por la lactancia materna es la dermatitis atópica. Esta enfermedad está relacionada con la historia familiar de dermatitis atópica del niño, pero, aun así, el riesgo de padecer dermatitis atópica con historia familiar de esta patología se reduce hasta el 42% a partir de los 3 meses de lactancia materna. Otra de las enfermedades relacionada con la historia familiar del niño es el asma, pero aun así, el riesgo

de padecer esta patología se reduce hasta el 26% a partir de los 3 meses con historia familiar de atopia y sin historia familiar, hasta el 40%. Independientemente de la historia familiar, cualquier tipo de lactancia reduce el riesgo de padecer obesidad hasta un 24%, más de 3 meses de lactancia materna reduce el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo I hasta el 30% y cualquier tipo de lactancia materna reduce el riesgo de padecer diabetes mellitus hasta un 40%. A nivel digestivo, durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI), en los niños alimentados con lactancia materna el riesgo de padecer enterocolitis necrotizante se reduce hasta el 77%. También se ha observado que la exposición al gluten durante la lactancia materna y más de 2 meses de la misma reduce el riesgo de padecer enfermedad celíaca hasta un 52% y que cualquier tipo de lactancia materna reduce el riesgo de padecer enfermedad inflamatoria intestinal hasta el 31%. Por último, la leucemia, uno de los cánceres más comunes en la infancia, podría verse reducido hasta un 15-20% a partir de 6 meses de cualquier tipo de lactancia materna, aunque existan otros factores personales, familiares y socioculturales relacionados con el riesgo de padecerla (Tufts-New England Medical Center Evidence-Based Practice Center, 2007; Brahm & Valdés, 2017).

Beneficios de la lactancia materna en la madre

En relación con los beneficios que tiene la lactancia materna para la madre que amamanta, el primer beneficio es el de la reducción del sangrado posparto gracias a la contracción e involución uterina por acción de la secreción de la oxitocina durante la lactancia materna. Además de provocar contracción a nivel uterino y disminución del sangrado posparto, la oxitocina también interviene en el vínculo entre madre e hijo, puesto que una de sus acciones es aumentar la sensación amorosa entre madre e hijo. Durante la lactancia materna, otra de las hormonas que juega un papel muy importante es la prolactina. Niveles altos de prolactina durante la lactancia materna exclusiva inhiben la ovulación y por lo tanto la menstruación. De

esta forma, con una lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida, la lactancia materna actuaría como método anticonceptivo en un 96% de los casos. Otro de los beneficios a corto plazo para la mujer sería la reducción del peso ganado durante la gestación debido al consumo energético que supone para la mujer la lactancia materna. También son diversos los estudios que han relacionado la lactancia materna con la depresión posparto y el estrés maternal, ya que las madres que lactan a sus hijos han manifestado sentirse más tranquilas, menos agresivas y estresadas, de mejor humor y más interesadas en socializar. Como se ha dicho anteriormente, la lactancia materna aumenta los niveles de oxitocina, hormona que favorece la interacción entre madre e hijo, la conexión a través del tacto y las caricias. Además de aumentar los niveles de oxitocina, la lactancia materna disminuye los niveles de cortisol, y por lo tanto el estrés materno y la ansiedad. A largo plazo, son diversas las patologías, el riesgo de las cuales, está relacionado con la lactancia materna. Por ejemplo, la eliminación del tejido graso acumulado durante la gestación gracias al consumo energético de la lactancia materna, disminuye el riesgo padecer diabetes mellitus tipo II, ya que esta eliminación de depósitos de tejido graso reduce el peso materno y reduce el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo II hasta un 4-12% en cada año adicional de lactancia materna. También, la reducción de los niveles de estrógenos durante el período de lactancia reduce las tasas de proliferación y diferenciación celular y esto estaría relacionado con la disminución de la posibilidad de padecer cáncer de mama. Se estima que el riesgo de cáncer de mama se puede reducir en más de un 4% por cada año de lactancia materna. Al igual que la relación entre lactancia materna y cáncer de mama, la lactancia materna parece disminuir el riesgo de padecer cáncer de ovario ya que algunas teorías relacionan el cáncer de ovario con la proliferación celular y los traumas de ovulación ininterrumpida. Por lo tanto, la supresión de gonadotropinas (hormona luteinizante en particular), la baja concentración de estrógenos y la consecuente anovulación y amenorrea durante la lactancia materna se han considerado

factores protectores para el cáncer de ovario. Se estima que el riesgo relativo de desarrollar cáncer de ovario se reduce en un 2% por cada mes de lactancia materna. Diversos estudios relacionan esta amenorrea secundaria a la lactancia materna como protectora del cáncer de endometrio y disminución de la endometriosis, por cada 3 meses adicionales de lactancia materna las mujeres experimentan un 8% menos de riesgo de endometriosis, y las mujeres que amamantan durante ≥ 36 meses en total durante su vida reproductiva tienen un 40% menos de riesgo de endometriosis en comparación con las mujeres que nunca amamantaron. A nivel metabólico, durante el período de lactancia materna se ha demostrado una disminución tanto de los valores de la tensión arterial sistólica como la diastólica y una disminución de la pérdida de peso y el trabajo metabólico que implica la lactancia materna tiene como resultado que las mujeres que amamantan durante períodos prolongados, de 7 a 12 meses después del primer parto, tienen un riesgo 28% menor de desarrollar enfermedades vasculares en comparación con las mujeres que nunca amamantaron. Las mujeres con un tiempo total de lactancia materna de más de 2 años tenían una probabilidad 23% menor de desarrollar enfermedades coronarias que las mujeres que nunca amamantaron. Diversos estudios relacionan la lactancia materna con la disminución de riesgo de padecer enfermedades como la artritis reumatoide, el Alzheimer, por el posible efecto de los estrógenos sobre los receptores cerebrales y la sensibilidad de la insulina provocada por la lactancia materna, y la esclerosis múltiple, relacionada con factores reproductivos, pero, existe controversia debido a que estas enfermedades están también relacionadas con factores personales, familiares y socioculturales (Del Campio & Del Campio, 2018).

Beneficios de la lactancia materna para la sociedad

Como consecuencia de los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre que lacta como para el lactante, la lactancia materna podría ser beneficiosa a nivel social. La

disminución de las patologías agudas y crónicas como consecuencia de la lactancia materna influyen en el gasto económico sanitario, ya que, la disminución tanto de la morbilidad y a mortalidad tanto infantil como adulta disminuiría el gasto económico sanitario. Por otra parte, diversos estudios han relacionado la lactancia materna y el coeficiente intelectual. Esta relación no está exenta de conflictos, además, no todos los estudios han llegado a la conclusión de que la lactancia materna aumentaría el coeficiente intelectual, ya que, existen otros factores personales, familiares y socioculturales relacionados con él. Aun así, hay estudios en los que se evidencia esta relación y, por lo tanto, a nivel social, un aumento del coeficiente intelectual supone una población con más capacidad intelectual y una mayor repercusión en todos los niveles de la sociedad (Tufts-New England Medical Center Evidence-Based Practice Center, 2007) . Por último, a nivel medioambiental, a diferencia de los sucedáneos de leche materna, la lactancia materna es un alimento natural y renovable, es ambientalmente seguro y es producido y entregado al consumidor sin envases ni desechos. Los costes ambientales de no amamantar serían la disminución de la energía para la fabricación, combustible para transporte o distribución (Rollins et al., 2016).

FISIOLOGÍA Y ANATOMÍA DE LA MAMA

Para un buen manejo de la lactancia materna es imprescindible entender tanto la anatomía, la fisiología como las hormonas que están implicadas en la producción de la leche materna (Sriraman, 2017).

Anatomía de la mama

La mama está compuesta por tejido glandular y tejido adiposo sostenidos por tejido conjuntivo fibroso (los ligamentos de Cooper), y descansa sobre los músculos pectorales. Externamente tiene una parte central oscura, la aureola, y en el centro de ésta, el pezón. En la

aureola se encuentran también los tubérculos de Montgomery, que secretan una sustancia aceitosa que lubrica el pezón, lo protege frente a infecciones y da un olor que se cree que guía al recién nacido hacia el pezón. La mama tiene dos partes principales: el parénquima y el estroma. El parénquima lo componen los conductos galactóforos, que se dirigen hacia los senos galactóforos, donde hay una dilatación de los conductos. A cada conducto galactóforo llegan lóbulos mamarios. Cada mama tiene entre 15 y 25 lóbulos y cada lóbulo se divide entre 20 y 40 lobulillos. En los lobulillos se encuentran entre 10 y 100 alvéolos, que son las unidades secretoras. El estroma es la parte de la mama constituida por tejido conjuntivo, tejido adiposo, vasos sanguíneos, nervios y linfa (Wambach & Riordan, 2015).

Modificaciones de las mamas durante el embarazo

Durante el embarazo se produce un desarrollo glandular de la mama debido al aumento de las concentraciones hormonales. Las concentraciones hormonales en el embarazo producen cambios en el crecimiento ductular-lobulillar-alveolar de la mama. Debido al aumento de estrógenos durante las primeras 3-4 semanas del embarazo se produce un importante crecimiento de los conductillos con ramificación y formación de lobulillos.

En el primer trimestre de la gestación se produce un crecimiento rápido y una ramificación de la porción terminal del sistema ductal y se produce una intensa hiperplasia que se va estabilizando a lo largo de la gestación. En el tercer trimestre de la gestación, el aumento de volumen de las mamas se debe al crecimiento de las células parenquimatosas y a la distensión de los alvéolos por el calostro. Las concentraciones de prolactina van aumentando durante el embarazo y estimula el crecimiento epitelial y la secreción de calostro, pero las altas concentraciones de progesterona impiden la secreción de leche materna (Lawrence & Lawrence, 2018).

Fisiología de la lactancia materna

La lactogénesis o el inicio de la secreción de leche se inicia en el embarazo (lactogénesis I) con el desarrollo de la glándula mamaria para poder llegar a producir leche. Este desarrollo se inicia alrededor de la semana 16 y algunas mujeres pueden secretar calostro, pero los niveles crecientes durante la gestación de progesterona y estrógenos acabarán inhibiendo la producción de leche. La lactogénesis II se inicia justo después del parto gracias al descenso de los niveles de progesterona y al mantenimiento de concentraciones elevadas de prolactina. En la lactogénesis II, que tiene lugar durante los 2-3 días postparto, hay secreción de calostro, independientemente de la succión del pecho. En cambio, para el mantenimiento de la lactancia materna (lactogénesis III) es imprescindible la succión del pecho. Esta succión permite incrementar la producción de prolactina, imprescindible para sintetizar la leche, y oxitocina, que permite la eyección de la leche. Aunque estímulos sensitivos visuales, olfativos, táctiles o visuales pueden aumentar la producción de oxitocina, la producción de prolactina solo es posible con la estimulación del pecho. La no succión del pecho está relacionada con el aumento del factor inhibidor de la lactancia (FIL), que inhibe la secreción de prolactina, y por lo tanto la producción de leche (Lawrence & Lawrence, 2018).

Principales hormonas que intervienen en la lactogénesis

La preparación de la mama durante la gestación se produce gracias a la acción del lactógeno placentario humano (LPH), la prolactina, estrógenos y progesterona. Estas hormonas permiten un desarrollo de los conductillos, lobulillos y alvéolos mamarios. La prolactina aumenta de manera sostenida en el embarazo, pero su acción queda inhibida por las altas concentraciones de progesterona. La progesterona, por lo tanto, es considerada la hormona inhibidora clave para la producción de leche en esta fase. Tras el parto y la expulsión de la

placenta, el descenso del LPH, estrógenos y progesterona incrementa la síntesis y liberación de prolactina que junto con la oxitocina permite la síntesis, liberación y eyección de la leche. La prolactina es secretada por la hipófisis anterior en respuesta a la succión o estimulación del pezón y actúa en los alvéolos de las mamas para así producir más leche. La producción de prolactina es máxima por la noche, porque se produce un pico fisiológico de esta hormona ya que cumple un ritmo circadiano. Es imprescindible la succión del pecho para que haya un vaciamiento de este y una disminución del factor inhibidor de la lactancia (FIL), que provocaría inhibiendo la secreción de prolactina. El FIL es una proteína producida por las células de los alvéolos que inhibe de manera local la producción de leche materna, o sea, actúa de manera independiente en cada pecho. Si los alvéolos del pecho están distendidos aumenta la concentración de FIL y, por lo tanto, se inhibe la producción de leche.

La oxitocina es otra de las hormonas relacionadas con la lactogénesis, ya que está relacionada con la eyección de la leche materna. Esta hormona es liberada por la hipófisis posterior y actúa sobre las células mioepiteliales que rodean los alvéolos y así pueden movilizar la leche hacia los conductos. La secreción de oxitocina está relacionada con la succión y estimulación del pecho, pero otros factores como tocar, ver u oler al recién nacido también aumentan la producción de oxitocina. Al contrario, el estrés y la ansiedad pueden inhibir la producción de oxitocina a corto plazo (Marshall, Bastón & Hall, 2018).

FACTORES ASOCIADOS CON EL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA

Aunque la lactancia materna es ampliamente recomendada y sus beneficios serían tanto a corto como a largo plazo, la lactancia materna exclusiva a medida que pasan los meses del parto disminuye. A nivel mundial entre 2007 y 2014, aproximadamente solo el 36% de los niños menores de seis meses fueron amamantados de manera exclusiva (Cohen et al., 2018).

En España, según la última encuesta de salud, el 74% de los niños a las seis semanas de vida eran alimentados con leche materna, esta cifra disminuyó hasta un 64% a los tres meses y hasta un 39% a los seis meses (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2017).

Se han descrito diversos factores asociados al éxito del inicio y mantenimiento de la lactancia materna. La edad de las madres es uno de los factores relacionados con el éxito de la lactancia materna. Madres con más edad tienen más herramientas para hacer frente a los problemas que puedan surgir tanto en el inicio como en el mantenimiento de la lactancia materna. Al igual que la edad, a más número de partos más posibilidad de éxito en el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. Por lo tanto, para mujeres primíparas poder conseguir una lactancia materna exclusiva es más dificultoso que para aquellas que han pasado por más de un parto. También el tipo de parto parece repercutir en las tasas de lactancia materna. Los partos vaginales no instrumentados están relacionados con tasas más elevadas de lactancia materna mientras que los partos instrumentados y los partos por cesáreas tienen tasas menores de lactancia materna. Otro de los factores que puede influenciar en la lactancia materna es la edad gestacional del niño, ya que niños nacidos antes de las 32 semanas de gestación tendrán dificultad para la succión debido a la falta de reflejo de succión y, por lo tanto, no podrán ser amamantados directamente al pecho de la madre. Un factor independiente de la edad gestacional del recién nacido y que está relacionado con la lactancia materna es la formación académica de la madre ya que se considera que a mayor formación académica, mayor conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna y mayor posibilidad de amamantar. Al igual que con la formación académica, la experiencia sobre lactancia materna, sobre todo la experiencia que aporta haber lactado anteriormente, es un factor predictivo de éxito. Por lo tanto, una mujer con más experiencias lactando, tiene más posibilidad de lactar con éxito. A parte de la experiencia previa, un refuerzo positivo de la lactancia materna es haber decidido previamente al nacimiento del niño que se le va a

amamantar y haber obtenido información y formación sobre lactancia materna. Entre los factores que influyen de manera negativa en la lactancia materna estarían los problemas de salud maternos, en especial el sobrepeso, la ansiedad y el tabaco, relacionados con un mal inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Y los problemas de salud del niño o el ingreso en unidad de cuidados intensivos neonatales, ya que ambos implican una barrera o una distancia para poder amamantar (Kitano et al., 2016; Wallwiener et al., 2016; Casey et al., 2018; Bhandari & Prajapati, 2018; Fernández-Cañadas, 2019).

Además de estos factores relacionados con el inicio y mantenimiento de la lactancia materna hay otros motivos por los que se decide finalizar la lactancia antes de los seis meses como la sensación de tener poca leche materna, las dificultades que puedan surgir, el dolor de los pechos, la falta de apoyo a la madre y la vuelta al trabajo (O'Connor et al., 2018)

LACTANCIA COMO SÍMBOLO DE IDENTIDAD MATERNAL

A parte de los beneficios en la salud tanto del niño como de la madre, la lactancia materna es un símbolo de la identidad de maternidad. La lactancia materna es un acto ligado a significados sociales, emocionales, sexuales y culturales de cada madre (Formighieri et al., 2018). Los contextos culturales y sociales influyen, por lo tanto, en la decisión de amamantar (Kuswara et al., 2020).

Las construcciones sociales de qué es y qué representa ser una buena madre han determinado la crianza y la alimentación a lo largo de la historia. Se ha pasado de considerar la alimentación materna como la mejor opción de crianza de los niños, a defender la leche de fórmula, para volver a promocionar la leche materna como la mejor alimentación para la primera infancia. Actualmente la maternidad se vive de una manera muy intensiva y las necesidades del niño son una prioridad para la madre que tiene un compromiso emocional

para dar respuesta a diferentes necesidades que surgen en cada etapa de desarrollo del hijo. A parte de responder a las necesidades del menor y fomentar el vínculo a través del pecho, el porteo (transportar al niño en contacto directo con la madre), o el colecho, la ideología de la “maternidad intensiva” incluye responsabilizarse del bienestar de los niños, incluyendo su protección y potenciando medidas saludables. Esta presión por ofrecer lo mejor al hijo, minimizar el riesgo de problemas de salud y cumplir las expectativas sociales con respecto a la buena maternidad probablemente afecte a la decisión de una madre que elige amamantar (Afflerback, Carter, Koontz, & Grauerholz, 2013). Actualmente, la lactancia materna es considerada como la mejor alimentación que una madre puede dar a su hijo y permite continuar con la conexión que ya se inició en la gestación (Marshall, Godfrey, & Renfrew, 2007; w & Lupton, 2001; Williams, Kurz, Summers, & Crabb, 2012).

El vínculo a través de la lactancia materna

Se ha estudiado la relación de la lactancia materna con el establecimiento del vínculo, definido como los lazos que se establecen entre madre y bebé durante el embarazo, y que luego se mantienen durante los primeros meses, e incluso años de la vida del niño o niña. Bowlby es el máximo representante a nivel científico en el estudio del establecimiento del vínculo materno-fetal. El contacto, el habla y la mirada son estímulos imprescindibles para generar el vínculo entre madre e hijo. Todos estos estímulos son la base del apego entre madre e hijo, ya que el acercamiento es una de las principales pautas para favorecer el vínculo. La succión al pecho, tanto nutritiva como no nutritiva es otra manera de contacto entre madre e hijo. La succión no nutritiva que se hace a menudo del pecho de la madre tranquiliza al niño y le da seguridad. Para la salud mental del niño es imprescindible que se responda a sus necesidades a través de una relación cálida, de intimidad y de manera

continuada. El niño busca a su persona de referencia para que responda a sus necesidades, y en ella encuentra seguridad (Bowlby, 1969).

Las madres que amamantan a sus hijos pasan mucho tiempo en contacto con sus hijos y esto ayudaría a fortalecer el binomio madre e hijo (Krol & Grossman, 2018). Tanto adultos como niños necesitan un apego seguro para su desarrollo social y emocional y, la lactancia materna, al ser una forma más de apego, permite el desarrollo emocional y social del niño. Gibbs et al., (2018) encontraron una relación entre una lactancia materna durante seis o más meses y un apego seguro. En la misma línea, varios estudios han asociado la lactancia materna y el posterior desarrollo socioemocional del niño o niña (Julvez et al., 2007; Heikkilä et al., 2011; Oddy et al., 2004). Los lactantes amamantados de manera exclusiva reciben más cuidado emocional de sus madres, que los que son alimentados con leche de fórmula, por lo tanto, la lactancia intensiva puede facilitar un mayor cuidado emocional y una mayor seguridad (Roisman et al., 2008). Pero, a pesar de que la lactancia materna está relacionada con el vínculo entre madre e hijo, el desarrollo psicosocial depende de otros factores a medida que el niño va creciendo (Belford et al., 2016). Por lo tanto, la lactancia sería un componente para el vínculo madre e hijo, pero no el único para la seguridad y el temperamento infantil (Jackson, 2016).

ORGANIZACIONES SANITARIAS Y LACTANCIA MATERNA

En 1981, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprueba el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche materna. Este código prohíbe toda promoción de los sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas y busca asegurar que las madres reciban información adecuada sobre la alimentación de sus hijos/as por parte de los profesionales sanitarios. El código prohíbe dar suministros de leche de fórmula gratuitos a los hospitales, promover sus productos al público o al personal sanitario, utilizar imágenes de

bebés con sus productos, dar regalos a madres o profesionales sanitarios, dar muestras gratuitas de sus productos a familias, promover alimentos infantiles o bebidas para menores de seis meses. Asimismo, estipula que las etiquetas de los productos deben estar en un lenguaje comprensible y se debe informar de la repercusión de sus productos para la salud (OMS, 1981).

En 1990 la OMS elabora la Declaración de Innocenti en la que defiende la lactancia materna como la mejor alimentación para el niño/a de manera exclusiva hasta los cuatro o seis meses de manera complementaria hasta los dos años de vida (OMS, 1990).

En 1991, en base a la Declaración de Innocenti, la OMS acredita a los hospitales que promueven y consiguen unos buenos resultados en lactancia materna, así como a Instituciones para la Humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia (IHAN) (OMS, 1991).

Esta defensa de la lactancia materna como el mejor alimento para el niño/a, no está exenta de críticas, ya que la presión que esta defensa de la lactancia materna ejerce sobre las mujeres y cómo las influencia en su decisión de amamantar, aunque no tengan suficiente apoyo e información puede provocar un sentimiento de culpa e inferioridad en aquellas mujeres que no puedan conseguir o no quieran alimentar a sus hijos de esta forma.. La lactancia materna se ve fuertemente ligada a su identidad maternal y, por lo tanto, la imposibilidad de amamantar deja a la mujer sintiendo que no ha cumplido lo que se esperaba de ella como buena madre. Otra de las críticas a este condicionamiento que ejerce la defensa de la lactancia materna en las madres es que la lactancia materna consolida el rol maternal, exagera la diferencia de género e impacta negativamente en la participación de las mujeres en el mundo laboral, ya que ellas son las únicas capaces de alimentar a su hijo/a (Smyth & Hyde, 2020).

LACTANCIA MATERNA Y NUEVAS FORMAS DE FAMILIA

Tradicionalmente, a lo largo de los siglos, se ha asociado la lactancia materna a la familia “natural”: nuclear, monógama y heterosexual, en la cual la mujer se quedaba embarazada en el seno del matrimonio, o en algunas ocasiones tras una relación heterosexual extramatrimonial. Si la madre no podía lactar al hijo debido a enfermedad o porque no lo deseaba por tener un nivel social en el que no estaba bien visto amamantar a los hijos, aparecía la figura de la lactancia mercenaria. Otra mujer distinta a la madre alimentaba al pecho a su hijo (Goberna, 2009). La familia “natural”, en la que la pareja conyugal, la progenitora y la parental eran la misma realidad ha dado lugar a diferentes formas familiares. El modelo de parentesco centrado en la sexualidad y procreación, es decir, a la familia nuclear, monógama y heterosexual ha dado lugar a nuevas realidades de familias y a nuevas realidades de maternidades y paternidades, en las que la descendencia puede ser o no biológica y siempre voluntaria (Tamayo, 2013). Debido a estos cambios en la familia tradicional, diversas formas de familia más allá de la familia heterosexual conviven en España actualmente: familias monoparentales, familias reconstruidas creadas con una nueva pareja, homosexual o heterosexual, con o sin hijos de relaciones anteriores, familias homosexuales. Ante esta pluralidad de formas familiares los hijos pueden ser biológicos, adoptados o incluso subrogados, es decir, gestados por otras mujeres con o sin material genético de los futuros padres/madres.

Adopción

En España alrededor de 1000 niños/as son adoptados cada año (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017). En la primera década del siglo XXI, España fue uno de los países con mayor número de adopciones internacionales en el mundo. De 1997 a 2014, 52.895 niños fueron adoptados en el extranjero, como resultado del escaso número de niños

en adopción en España y la larga espera para la adopción nacional. Solo el 10% de las adopciones fueron nacionales, el 90% fueron adopciones internacionales. En los últimos años, las adopciones internacionales han disminuido debido a las restricciones y la imposición de condiciones como ser pareja heterosexual casada, entre otras. En 2014 se adoptaron 606 niños nacidos en España y 806 niños nacidos en el extranjero, sin información de las características de los padres adoptivos (padres homosexuales, heterosexuales o solteros) (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018).

Subrogación

La maternidad subrogada también denominada gestación por sustitución es una forma de filiación como resultado de un acuerdo económico o altruista por el que una mujer gesta un bebé para otra persona o pareja. En España, la filiación de los hijos nacidos por gestación por sustitución será determinada por el parto. El artículo 10 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo sobre técnicas de reproducción humana asistida hace referencia a la gestación por sustitución, e indica que será nulo de pleno derecho el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o de un tercero. Mientras que en España, todo contrato de gestación por sustitución se declara nulo, la gestación por sustitución de carácter altruista está admitida en Reino Unido, Grecia y Portugal. Está tolerada en Bélgica y Holanda, y expresamente prohibida en Francia y Alemania. (Igareda, 2018). El principio “mater sempre certa est”, por el que se vincula la filiación con el hecho biológico del parto, ha sido el criterio predominante para no legalizar la gestación por sustitución en España (Lamm, 2013). Cualquier acuerdo que involucra la gestación de un niño por otra mujer o para un hombre que no aporta su esperma, será nulo (Imaz, 2017), por lo tanto, las familias españolas recurren a la subrogación en países extranjeros en los que la práctica es legal (Vilar, 2019). En 2013, 1400 familias españolas

recurrieron a la subrogación en países extranjeros en los que sí está permitida esta práctica (Marre et al., 2018). Los hijos de españoles nacidos en países extranjeros fruto de la gestación por sustitución son registrados en el registro civil español, o bien pasando un proceso de adopción por el progenitor que no ha aportado material genético bien se acaba permitiendo el registro del hijo atendiendo al interés superior del menor (Tamayo, 2013).

Maternidad en parejas de dos mujeres

Tanto hombres como mujeres homosexuales han criado a hijos a lo largo de la historia, aunque, lo han hecho en la clandestinidad debido al estigma social que podía generar la homosexualidad. En España, la homosexualidad estuvo perseguida hasta la llegada de la democracia en 1978, y, en 2005, se convirtió en el tercer país a nivel mundial en aprobar el matrimonio entre personas del mismo sexo. Si las parejas homosexuales desean tener hijos, o bien pueden ampliar la familia a través de la adopción, el acogimiento familiar, o bien por subrogación realizada en países en las que está permitida y a través de técnicas de reproducción asistida (Montes, González, López-Gaviño & Angulo, 2016). La Ley de Reproducción Humana Asistida de 2006 (Ley sobre Técnicas de Reproducción Asistida, 2006), permite a las mujeres acceder a la inseminación artificial y la fecundación in vitro independientemente de su estado civil, orientación sexual y tengan o no pareja. Por lo tanto, en España, las parejas de dos mujeres que lo deseen pueden llegar a la maternidad ya que sólo se requiere ser mayor de edad y tener plenas capacidades mentales para acceder a las técnicas de reproducción asistida. La ley de reproducción asistida regula que los gametos donados, o sea espermatozoides y óvulos, sean anónimos y gratuitos, no está permitida la venta de gametos ni la donación directa. Solo está permitida la donación de óvulos entre parejas de dos mujeres casadas, ya que se podría implantar el óvulo de una de ellas en el útero de la otra para ser inseminado con espermatozoides de donante o después de fecundaciones in vitro (Imaz, 2017).

MADRES QUE NO HAN DADO A LUZ E INDUCCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Como se ha comentado, la lactancia materna está relacionada con los procesos hormonales que se producen en la gestación y justo después del parto. Durante la gestación, gracias a la acción de los estrógenos y la progesterona, se preparan las mamas. Los estrógenos permiten la proliferación y diferenciación de los conductos y las glándulas mamarias y la progesterona permite el crecimiento de los lóbulos y alvéolos mamarios e inhibe la lactancia. En el momento del parto, el descenso de estas dos hormonas desinhibe la secreción de prolactina y por lo tanto se inicia la lactancia materna. El aumento de prolactina permite la síntesis de leche materna y, finalmente, la succión del pecho permite mantener la lactancia, así como la producción de oxitocina, necesaria para la contracción del epitelio mamario y la eyección de la leche (Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

A pesar de no pasar por el proceso hormonal que supone la gestación y el parto, una mujer puede producir leche materna (Wittig & Spatz, 2008). La inducción de la lactancia materna es el proceso por el que una mujer que no ha estado embarazada produce leche (Sriraman, 2017). Si anteriormente había lactado, hablamos de relactación (OMS, 1998).

Existen tres casos en los que una madre no ha gestado a su hijo/a puede amamantarlo: adopción (Flores-Anton et al., 2017), subrogación (Farhadi & Philip, 2017) y parejas de dos mujeres, por parte de la madre no gestante (McGuire, 2020)

En la inducción de la lactancia materna, el pecho tiene que pasar por un proceso de preparación similar al del embarazo. Con la estimulación de las mamas manual o a través de un sacaleches de manera sistemática al menos dos meses antes de la llegada del hijo se puede conseguir algo de secreción. También se pueden utilizar hormonas y medicamentos con el objetivo de preparar la mama como en el embarazo. La mujer decide dar el pecho a su hijo

que no ha gestado habitualmente para establecer una relación de intimidad madre-hijo y también tener beneficio nutritivo. A través de la succión del pecho, el niño obtiene una sensación de bienestar y seguridad. El objetivo de la inducción de la lactancia es principalmente el cariño, siendo secundario el amamantamiento o nutrición. Posiblemente nunca se consiga una lactancia materna exclusiva después de una inducción de la lactancia materna, pero esto no se vivirá de manera negativa, ya que el objetivo de lactancia materna no nutritiva, se podrá mantener (Lawrence & Lawrence, 2018)

Como resultado de inducir la lactancia materna, a menudo no se consigue una lactancia materna exclusiva, pero, para las madres que se inducen la lactancia materna el éxito de esta no es producir una gran cantidad de leche sino, poder llegar a producir leche y ponerse su hijo/a al pecho. Más allá de los beneficios nutritivos de la lactancia materna, el principal motivo para inducir la lactancia es para fortalecer el vínculo entre la madre y el hijo/a al que no ha gestado (Zinler et al., 2017). Pero, tanto el proceso de la inducción de la lactancia materna como la relactación, si previamente ya se había lactado, son procesos conocidos históricamente, ya que, en caso de fallecimiento de la madre en el parto o de enfermedad materna incompatible con la lactancia, era otra mujer la que lactaba al niño/a con el objetivo de garantizar su alimentación y supervivencia (Lawrence & Lawrence, 2018). En el estudio de Abejide et al., (1997) sobre inducción de la lactancia materna en seis mujeres nigerianas, el principal motivo para inducir la lactancia materna fue la supervivencia de los niños/as disminuyendo la malnutrición, el riesgo de diarrea, las infecciones respiratorias y la disminución de las muertes debido a la preparación de la lactancia artificial.

Para inducir la lactancia materna se debe simular un estado parecido a la gestación para así favorecer el desarrollo mamario y preparar las mamas para lactar. Este proceso puede realizarse con métodos no farmacológicos o métodos farmacológicos (tratamientos hormonales y/o fármacos galactogogos), pero, generalmente, hay una combinación de ambos.

Tanto si se utilizan métodos farmacológicos como no farmacológicos, es imprescindible la estimulación para llegar a producir leche (Bryant, 2006; Wittig y Spatz, 2008).

Uno de los protocolos más conocidos para inducir la lactancia materna es el que elaboraron Goldfarb y Newman (2000), en el que se dan diferentes opciones dependiendo del tiempo que se tiene hasta la llegada del hijo, pero no se tiene en cuenta si se trata de una adopción, subrogación o una pareja de dos mujeres y tampoco los factores de éxito relacionados con el proceso.

DEMANDAS HACIA EL SISTEMA SANITARIO DE LAS MUJERES QUE QUIEREN LACTAR SIN GESTACIÓN PREVIA

En España el profesional sanitario de referencia para el cuidado de la mujer es la enfermera obstétrica-ginecológica o matrona que, aunque tradicionalmente se ha dedicado a la atención de la mujer en el proceso de parto, también tiene otras funciones en la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer, como, por ejemplo, el asesoramiento en la lactancia materna. La matrona realiza funciones de prevención, promoción, atención, recuperación, asesoramiento y educación para la salud en relación a la lactancia materna con una base científica y utilizando todos los medios clínicos y tecnológicos de los que dispone. Esta atención la realiza en España tanto en la Atención Primaria: centros de salud, comunidad, familia y domicilio, Atención Especializada: que incluye los hospitales o centros dependientes de hospitales (Fernández M et al., 2017). Las madres esperan que los profesionales sanitarios les den apoyo para poder conseguir una lactancia materna exitosa, pero, a menudo, no reciben la ayuda y guía necesarias para conseguirla (Chuisano & Anderson, 2019). Este apoyo, que es uno de los principales factores de éxito de la lactancia materna, puede ser tanto de profesionales sanitarios como de expertos en lactancia materna, como por ejemplo los IBCLC (International Board of Lactation Consultant Examiners), con

amplio conocimiento sobre anatomía y fisiología sobre la lactancia materna. Por lo tanto, tanto profesionales sanitarios como expertos en lactancia materna, tienen la oportunidad de incrementar los casos de lactancia materna gracias al apoyo y guía durante estos procesos (Shattnawi, 2017).

La guía y el apoyo durante la lactancia materna no debe limitarse a las lactancias maternas fruto de una gestación y un parto. A menudo las mujeres que no han parido y quieren lactar, se dirigen a los profesionales sanitarios en busca de apoyo y guía y no reciben un correcto asesoramiento. Esto es debido al poco conocimiento acerca de la posibilidad de lactar sin pasar por un embarazo y un parto y por lo tanto la imposibilidad de un buen asesoramiento. El poco eco social de la posibilidad de inducir la lactancia materna puede ser debido, por una parte, a que la maternidad, en estos casos, se consigue de una manera “no natural” biológicamente hablando y por lo tanto, no se piensa en la posibilidad de lactar tal y como se hace después de un parto, porque la maternidad es un hecho ligado a las mujeres y por lo tanto, se presupone que ellas ya tienen la virtud innata para criar y no hace falta profundizar en los aspectos relacionados con la crianza de sus hijos o porque los profesionales no tienen conocimiento sobre este proceso y, por lo tanto, no pueden ofrecerlo.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

“Nunca se debe gatear cuando se tiene el impulso de volar” (Helen Keller)

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las nuevas formas de familia y la defensa de la lactancia materna por parte de las distintas organizaciones sanitarias (siguiendo las directrices internacionales de la OMS y UNICEF) como mejor alimento para el niño tanto a nivel nutritivo como no nutritivo o emocional hacen pensar que cada vez habrá más mujeres dispuestas a dar el pecho a su hijo, aunque no haya pasado por un parto y, por lo tanto, cada vez habrá más demanda y procesos de lactancia inducida.

La inducción de la lactancia materna en mujeres que no han dado a luz es un proceso poco conocido tanto a nivel social como a nivel profesional. Las mujeres que quieren lactar a sus hijos, que no han gestado, piden consejo sanitario pero los profesionales desconocen el proceso. Los casos de mujeres que han dado el pecho a los hijos que no han parido son escasos y, el proceso y las vivencias que han pasado para conseguirlo son totalmente desconocidos. A menudo, mujeres que consiguen llegar a la maternidad a través de la adopción, subrogación o a través de su pareja también mujer, desconocen la posibilidad de poder dar el pecho a sus hijos. En la sociedad actual es necesario ampliar el conocimiento sobre el proceso de inducción de la lactancia materna, los métodos para hacer posible este proceso y los factores de éxito relacionados. Por ello, nos planteamos las siguientes preguntas de investigación: ¿pueden las mujeres que no pasan por un proceso de gestación lactar a sus hijos? ¿Qué métodos se utilizan para inducir la lactancia materna? ¿Cuáles son los factores de éxito relacionados con la lactancia materna? ¿Con qué retos se encuentran las mujeres que pasan por un proceso de inducción de la lactancia materna? ¿Qué demandas realizan las mujeres que quieren pasar por un proceso de inducción a la lactancia a las matronas?

OBJETIVOS

“La vida no es fácil para ninguno de nosotros. Debemos tener perseverancia y, sobre todo, confianza en nosotros mismos. Debemos creer que estamos dotados para algo y que esto debe ser alcanzado”

(Marie Curie)

OBJETIVOS

Para dar respuesta a las preguntas de estudio planteadas se establecen tres objetivos.

1- Describir cuáles son los métodos que se utilizan para inducir la lactancia materna y cuáles son los factores de éxito del proceso de inducción de la lactancia materna en caso de adopción, subrogación y en parejas de dos mujeres.

2- Conocer los retos con los que se encuentran las mujeres que pasan por un proceso de inducción de la lactancia materna en caso de adopción, subrogación y en parejas de dos mujeres.

3- Determinar las demandas que hacen las mujeres que quieren pasar por un proceso de inducción de la lactancia materna a las matronas.

La respuesta a estos objetivos se han planteado diversas metodologías dependiendo de la naturaleza del problema de estudio.

METODOLOGÍA

“Cuando trataron de callarme, grité” (Teresa Wilms Montt)

METODOLOGÍA

Para dar respuesta al objetivo 1 se realizó una búsqueda bibliográfica para conocer los métodos utilizados para inducir la lactancia materna y los factores de éxito relacionados con el proceso, se realizó otra búsqueda sistemática complementaria para conocer los métodos naturales. A continuación, para responder al objetivo 2 se planteó una aproximación mediante metodología cualitativa con enfoque fenomenológico a mujeres que habían pasado por un proceso de inducción de la lactancia materna. Gracias a las entrevistas en profundidad realizadas a estas mujeres se pudieron conocer los retos que se encontraron en el proceso de inducción de la lactancia materna y se detectaron las demandas que generaron a los profesionales sanitarios, en concreto a las matronas y así dar también respuesta al objetivo 3.

Los resultados se han recogido en cuatro publicaciones científicas, en las cuales se expone la metodología utilizada, así como los resultados obtenidos.

Cazorla-Ortiz, G., Obregón-Gutiérrez, N., Rozas- Garcia, M.R., Goberna-Tricas, J. (2020). Methods and Success Factors of Induced Lactation: A Scoping Review. *Journal of Human Lactation*, 36(4), 739-749.

Cazorla-Ortiz, G. (2018). Métodos no farmacológicos para inducir la lactancia materna en adopción, subrogación y en la madre no gestante en parejas lesbianas: revisión bibliográfica. MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad, 3(1), 38-56.

Cazorla-Ortiz, G., Galbany-Estragués, P., Obregón-Gutiérrez, N., & Goberna-Tricas, J. (2020). Understanding the Challenges of Induction of Lactation and Relactation for Non-Gestating Spanish Mothers. *Journal of Human Lactation*, 36(3), 528-536.

Cazorla-Ortiz, G., Obregón-Gutiérrez, N., Goberna-Tricas, J. La inducción de la lactancia en madres que no han dado a luz: Un desafío para las matronas ante nuevas demandas. *Matronas profesión*.

Los cuatro artículos resultantes de la tesis se presentan a continuación.

RESULTADOS

Artículos derivados de la Tesis Doctoral

“Yo, que me enamoré de tus alas, jamás te las voy a querer cortar”

(Frida Khalo)

ARTÍCULO 1

Cazorla-Ortiz, G., Obregón-Gutiérrez, N., Rozas- Garcia, M.R., Goberna-Tricas, J. (2020).
Methods and Success Factors of Induced Lactation: A Scoping Review. *Journal of Human
Lactation*, 36(4), 739-749.

Methods and Success Factors of Induced Lactation: A Scoping Review

Journal of Human Lactation

00(0) 1–11

© The Author(s) 2020

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/0890334420950321

journals.sagepub.com/home/jhl



Gemma Cazorla-Ortiz^{1,2} , Noemí Obregón-Guitérrez, PhD², Maria Rosa Rozas-García³, and Josefina Goberna-Tricas, PhD³ 

Abstract

Background: Induced lactation enables a woman who has not given birth to breastfeed a child. Lactation may be induced through both pharmacological and non-pharmacological methods, although the desired outcome cannot always be achieved.

Research Aims: The aims of this scoping review was to assess the different methods used to induce lactation, as well as the factors related to sucking the breast effectively and the production of human milk.

Methods: We searched five databases from June 2019–February 2020 for studies referring to methods and factors related to breast suckling and/or the volume of milk produced after inducing lactation, using the following search terms and Boolean operators: breastfeeding AND induced lactation AND adoptive mothers OR surrogate mothers OR female homosexuality OR non-gestating. The final review included a total of 24 articles.

Results: Pharmacological methods were not always used to produce milk, although breast stimulation was essential. The age of the child, interference due to bottle feeding, breast stimulation, and the support received were important factors in the induction of lactation. There were several factors that may account for the differences between developing and higher income countries in methods of induced lactation and the amount of milk that study participants produced. There was no consensus over whether previous pregnancy and/or breastfeeding experience influenced induced lactation.

Conclusion: Health professionals need to have adequate knowledge about induction methods, the preferences of each woman, and the reasons for inducing lactation, to provide proper assistance. However, the lack of standardization about induction of lactation makes it difficult.

Keywords

breastfeeding, galactogogues, hormones, induced lactation

Background

There are two stages in milk production that are related to hormonal processes during pregnancy and upon delivery. During pregnancy, estrogens stimulate the proliferation and differentiation of mammary glands and ducts, while progesterone causes the growth of lobes and alveoli and inhibits lactation. At the time of the birth, a rapid fall in the levels of these hormones disinhibits prolactin secretion, the increase in which triggers milk secretion. Suckling by the newborn helps to maintain lactation and is accompanied by the production of oxytocin, which causes contraction of the mammary epithelium and the ejection of milk (Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

Induced lactation is the process whereby a woman who has not recently been pregnant or who is not nursing another child produces milk (Sriraman, 2017). If they have previously breastfed, it is termed relactation (World Health Organization [WHO], 1998). The main reasons why women

induce lactation is to develop closeness between mother and child and/or to satisfy the child's nutritional needs. The

¹Department of Public Health, Mental Health and Perinatal Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Bellvitge Campus (HUBc), Pavelló de Govern, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

²Hospital Universitari Parc Taulí, Barcelona, Spain

³Department of Public Health, Mental Health and Perinatal Nursing, Faculty of Medicine and Health Services, ADHUC—Research Center for Theory, Gender and Sexuality, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain

Date submitted: January 29, 2020; Date accepted: July 27, 2020.

Corresponding Author:

Gemma Cazorla-Ortiz, PhD, Department of Public Health, Mental Health and Perinatal Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, Bellvitge Campus (HUBc), 08907 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

Email: gemmacazorla@hotmail.com

reasons and methods for inducing lactation vary in different countries (Rahim et al., 2017).

Difference in the duration of breastfeeding between developing and higher income countries may be due to the different reasons why lactation is induced: ensuring the child's survival through the provision of human milk prior to introducing other foods, in developing countries, as opposed to strengthening the closeness between mother and child in high income settings (Gribble, 2007; Ogunlesi et al., 2008).

Adoption is historically known as the legal process to achieve parenthood without delivery. The growth and development of assisted reproduction techniques have allowed other options of motherhood, including surrogacy or pregnancy in a female same-sex couples (Gürtin et al., 2018). These new family structures have increased in recent years, thereby increasing rates of breastfeeding due to lactation being induced (Schnell, 2015), although women who adopt a child, who have a child through surrogacy, or who are the non-pregnant partners in a lesbian couple, may be able to breastfeed. However, it has been reported that many of these new family structures have found a lack of support during the process from nurses and physicians (Chuisano & Anderson, 2019).

Providing all women who wish to breastfeed with adequate support and advice should be a priority for health professionals and would contribute to better health in both the woman and child, with increased rates of breastfeeding (Kornides & Kitsantas, 2013; Chetwynd et al., 2019). We define breastfeeding for the child as the consumption of human milk including expressed milk and milk from a wet nurse and other food or liquid (Noel-Weiss et al., 2012).

Despite the increased desire for induced lactation, many health professionals do not have precise knowledge about induced lactation and may feel insecure when faced with a request for advice. The aim of this scoping review was to assess the different methods used to induce lactation, as well as the factors related to suckling the breast effectively and the production of human milk.

Methods

Design

We conducted a scoping review, which allows researchers to identify knowledge gaps, scope a body of literature, and clarify concepts (Munn et al., 2018). We have followed the five stage-process proposed by Pham et al. (2014), based on Arksey and O'Malley (2005): (1) identify the research question; (2) identify relevant studies; (3) study selection; and (4) collate, summarize, and report the results.

Sample

Articles were selected if they contained information about the methods used to induce lactation, and the factors

Key Messages

- Stimulation is essential to induce breastfeeding despite the use or not of pharmacological methods; however, no consensus exists regarding what methods should be used to continue breastfeeding.
- No standardized approach for women who decide to undergo induced lactation exists.
- Factors associated with the success of induced lactation are the age of the child, interference due to bottle feeding, breast stimulation, and the support received.

associated with suckling the breast effectively and the volume of milk produced after inducing lactation. Inclusion criteria were: (1) articles with information about the methods used to induce lactation; (2) articles with information about the factors associated with suckling the breast effectively and/or the volume of milk produced after inducing lactation; (3) English or Spanish language articles; and (4) due to the relevance of studies published in the 1980s, we decided to include studies published during the last 39 years. Exclusion criteria were: (1) nonclinical studies; (2) non-human studies; (3) reports not written in either English or Spanish; (3) letters; (4) protocols; (5) reviews; and (6) clinical guidelines. The sample selection process is explained in Figure 1. The total sample was 24 articles.

Data Collection

The literature search was conducted from June 2019–February 2020 by the first author, using the following databases: Pubmed, Web of Science Cumulative Index to Nursing and Alice Health Literature (CINAHL), JSTOR, and Psycinfo. The following search terms and Boolean operators were used: Breastfeeding (under alternative spellings e.g., breast feeding and breast-feeding) AND induced lactation AND adoptive mothers OR surrogate mothers OR female homosexuality OR non-gestating. Two authors read the 98 abstracts to determine if the articles met the inclusion criteria. From September–October 2019 They then carefully read the selected articles to extract data on methods and success factors in induced lactation.

Data Analysis

We drew up a table in order to classify the 24 articles according to the following variables: (1) first author and year of publication; (2) context of induced lactation; (3) study design; (4) country in which the study was conducted; (5) number of participants (and their characteristics); (6) methods of induction of lactation; and (7) main contributions to and factors associated with suckling the breast effectively

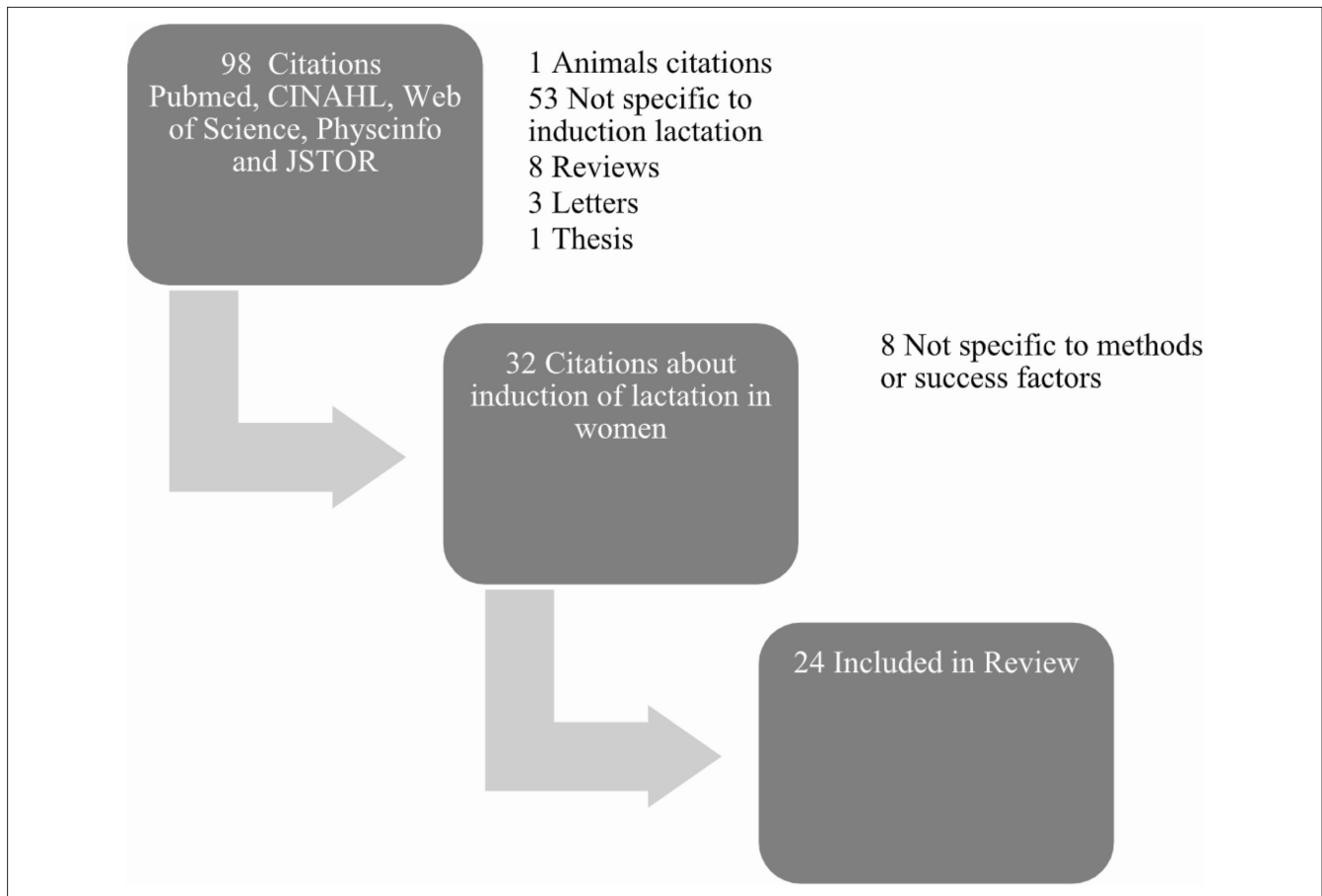


Figure 1. Sample Selection Process.

and/or the volume of milk produced after inducing lactation.

The first author extracted data from each selected article. The context of induction refers to whether induction occurred in case of adoption, surrogacy, or in lesbian couples. The methods used could be pharmacological: hormonal treatment or galactagogues (including herbal galactagogues), or non-pharmacological stimulation (manual or mechanical stimulation or with at-breast suckling supported by a supplemental nursing system). In the results section of the studies we extracted the factors associated with suckling the breast effectively and/or the volume of milk produced after an induced lactation (if there was a reference in the article).

Results

A summary of variables extracted from each article is detailed in Table 1. These included demographic variables (e.g., country where the study was done, year of publication); study methods (e.g., design, sample size); and the outcome variables of interest for this review (e.g., method of

induction, effectiveness of milk production) that are discussed below.

Methods for Inducing Lactation

Lactation may be induced through non-pharmacological methods (i.e., manual stimulation of the breasts, the use of breast pumps, or suckling by the child) or pharmacologically, via the administration of hormones (progesterone and estrogen) and/or galactagogues.

Non-Pharmacological Methods

In the study by Abejide et al. (1997), Nigerian women ($N = 6$) produced enough milk to feed their adopted child with breast stimulation alone. All participants had previously breastfed, between 9 months and 2 years prior to beginning the induction. In all cases, lactation was initiated by suckling the child at least 10 times each day for at least 10 min on each breast. These participants began to produce milk 13–18 days after initiating suckling, and after 21–28 days, the breastfeeding was exclusive in all cases. Gribble (2005)

4 **Table 1.** Articles Included in the Review (N = 24).

First Author (year)	Context	Design	Country	Sample (N)	Method of induction	Type of BF	Main contributions/
LeCain et al. (2020)	Surrogacy	Case report	UK	Woman aged 37 with CAIS No pregnancy or BF	HT, G, S	Mixed BF	It was the first case of induced lactation with hormonal treatment through estrogen only, without progesterone.
Cazorla-Ortiz et al. (2020)	Adoption surrogacy lesbian couple	Qualitative descriptive	Spain	Women (N = 9) aged 28–38 Previous BF (n = 2)	HT, G, S	3EBF 6 Mixed BF	The age of the children at the start of BF was from birth to 12 weeks. The age of the children at BF cessation was from 1.5 months to 4 years.
Mcguire (2020)	Lesbian couple	Case report	Australia	Woman aged 39 Previous pregnancy and BF	HT, G, S	EBF, not weaned at 15 months	BF was an important aspect of mothering. Possibility of sharing BF in a same sex couple inducing BF. Support received from the lactation support providers in the hospital during the process of inducing lactation.
Reisman and Goldstein (2018)	Lesbian couple	Case report	USA	Transgender woman aged 30 No pregnancy or BF	HT, G, S	6 weeks EBF; not weaning at 6 months	First case of induced lactation in a transgender woman Hormone levels were measured in each clinic visit
Flores-Antón et al. (2017)	Adoption	Case report	Spain	Woman aged 37 Previous second-trimester miscarriage	G, S	EBF for 2 years	First case of a woman who became a milk donor following induced lactation. Main reason for inducing lactation was to establish bond with the child. Importance of motivation and confidence, support of family and professional guidance.
Farhadi and Philip (2017)	Surrogacy	Case report	Iran	No previous BF Woman aged 23 Mother of twins 30 weeks old GA	G, S	Mixed BF	Importance of support from the husband, family, and lactation support provider. Many fears and challenges.
Zingler et al. (2017)	Surrogacy	Case report	Brazil	No previous BF Woman aged 39 Previous pregnancy and BF	G, S	Mixed BF for 4 weeks	BF established bond between mother and child even if milk production was not sufficient. No change in prolactin levels. The mother's satisfaction and the importance of sharing the experience were key. Consider whether the success of induced lactation was EBF or simply producing any milk.
Wilson et al. (2015)	Adoption	Case report	USA	Women (N = 2) aged 38 and 46 No previous pregnancy or BF	HT, G, S	Mixed BF for 7 months	Importance of individualized counseling that took into account different family configurations.
Da Rocha et al. (2014)	Adoption	Qualitative descriptive	Brazil	Women (N = 3) aged 36–40 No previous pregnancy or BF	G, IO, S, SNS	Mixed BF from 4–23 months	BF linked to maternity. There was a relationship between BF and the closeness felt between mother and child.
Wahlert and Fiester (2013)	Lesbian couple	Ethics case study	USA	The non-pregnant partner had no previous pregnancy or BF	HT, G, S	N/A	The risks associated with the medication used to induce lactation were outweighed by the benefits of BF. The primary benefits of induced lactation were emotional rather than nutritional.
Szuics et al. (2010)	Adoption	Case report	USA	Woman aged 33 Previous pregnancy that did not reach term	HT, G, S, SNS	EBF for 2 months	The mother's milk was a medicinal product. More research needed on G and HT. There was a lack of protocols about induced lactation.
Shiva et al. (2010)	Surrogacy	Case report	Iran	No previous BF Woman aged 36 Two ectopic pregnancies, two miscarriages.	G, S	Mixed BF for 3 months	Importance of training for professionals. The main objective of lactation induction was to feel a full mother.
Hawke et al. (2005)	Adoption	Case report	New Zealand	Woman aged 40 No previous pregnancy or BF	G, IO, S, SNS	Mixed BF for 7 months	Importance of counseling from clinicians and nurses and support from the partner and family. Emotional and psychological factors could have a positive influence on prolactin and oxytocin secretion. The main objective of induced lactation was to establish an emotional bond.
Gribble (2005)	Adoption	Case report	Australia	Cases (N = 5) Adopted children aged 8 months to 5 years Previous BF (n = 1)	S	Mixed BF but not all BF	Moments of frustration at lack of results. Uncertainty over the amount of milk produced Suckling at the breast provided comfort and stress relief, although there was no BF.
Kirkman and Kirkman (2001)	Surrogacy	Case report	Australia	Woman aged 41 No previous pregnancy or BF	S, SNS	Mixed BF for 10 months	Support from the immediate environment was important for the success of induced lactation.

(Continued)

Table 1. Continued

First Author (year)	Context	Design	Country	Sample (N)	Method of induction	Type of BF	Main contributions/
Gribble (2001)	Adoption	Descriptive online survey	Australia	Women (N = 170) from the USA, CA, AU, NZ, and PRC Support group for BF adoptive mothers	Not referring	Not referring	The support group helped cope with feeling alone and enabled them to share their experiences and to normalize the situation.
Biervliet et al. (2001)	Surrogacy	Case report	UK	Woman aged 27. No previous pregnancy or BF	G, S,	Mixed BF for 3 months	The option of induced lactation should be made available to all women who had a child through surrogacy.
Lakshkar (2000)	Adoption	Descriptive	India	Women (N = 12) aged 35–45 Three or four BF counseling sessions	G, S	I mixed BF, one EBF	The reasons for not BF. Women described the experience of BF as one of the best they had had. Motivation and family support were the most important success factors.
Cheales-Siebenaler (1999)	Adoption	Case report	USA	No previous pregnancy or BF Woman aged 34 Three miscarriages	G, IO, S	EBF for 2.5 months Mixed BF for 4.5 months	Weight gain, fatigue, and breast pain were the reasons for stopping BF. Lactation support providers should empower adoptive mothers.
Abejide et al. (1997)	Adoption	Case report	Nigeria	Women (N = 6) aged 22–56 All had previous pregnancies and BF	S	EBF from 4–10 months	BF is crucial to the survival of children. Induced lactation was culturally accepted.
Nemba (1994)	Adoption	Case report	Papua New Guinea	Women (N = 37) aged 19–55 25 had had previous pregnancies and BF (n = 25)	No previous BF: HT, G, S Previous BF: G, S	EBF 24 ≥ 9 months (n = 24)	No differences between previous or no previous BF. Importance of motivation, psychological preparation, family, and professional support.
Banapurmath et al. (1993)	Surrogacy	Case report	India	Women (N = 10) aged 25–45 All had had previous pregnancies and BF	G, S	EBF 2 years (n = 2) Mixed BF (n = 3) 1 yr No BF (n = 5)	Bottle feeding was an obstacle for suckling at the breast. Induction of lactation was related to the attachment between mother and child. The success of induced lactation was related to the possibility of BF, milk produced.
Thearle and Weissenberger (1984)	Adoption	Case report	Australia	Women (N = 6) aged 32–34 No previous pregnancy, 1 previous BF	Three women: HT, S, SNS Three women: S, SNS	Mixed BF 5 weeks to 1 year	BF was described as a pleasurable experience. Induction of lactation was related to the attachment between mother and child. Importance of professional support.
Auerbach and Avery (1981)	Adoption	Descriptive	USA	Women (N = 240) M age = 27 Previous pregnancy (n = 65), previous BF (n = 36)	Maternal dietary supplementation: increased fluid intake S, SNS (n = 137)	Mixed BF ≥ 7 months	Previous BF was related to longer duration of BF after induced lactation and less supplements. The main reason for inducing lactation was to strengthen attachment between mother and child. Children older than 8 weeks had more difficulty suckling. Not achieving EBF did not affect the experience of induced lactation.

Note. Main contributions included factors related to suckling effectively at the breast and/or the amount of milk produced. USA = United States of America; UK = United Kingdom; CAIS = Complete Androgen Insensitivity Syndrome; HT = hormonal treatment; G = Galactagogues; IO = intranasal oxytocin; S = stimulation; SNS = supplemental nursing system; BF = breastfeeding; mixed BF = BF and formula; hx = history.

described five cases of adopted children from 8 months to 5 years old who expressed desire to suckle, by looking for their adoptive mother's breast. In three of the five cases (60%) breastfeeding was achieved with only breast stimulation by suckling.

Pharmacological Methods

Combined Treatment with Hormones. The aim of combined treatment with estrogen and progesterone is to produce a state like pregnancy in women. Hormones cause changes in the mammary tissue, but impede lactation, and the treatment must be stopped at least 24–48 hr prior to beginning breast stimulation (Thearle & Weissenberger, 1984). Study participants began to take combination hormones 2.5–5 months before beginning breast stimulation; it was maintained for 6–10 weeks (Szucs et al., 2010; Wilson et al., 2015). In the study by Nemba (1994) the method used depended on whether the participants had previously breastfed a child. Those who had not were given an intramuscular injection of 100 mg of medroxyprogesterone 1 week prior to breast stimulation, and chlorpromazine 25 mg/4 times per day until lactation was well established. Participants who had previously breastfed were given either chlorpromazine, 25 mg/4 times a day, or metoclopramide, 10mg/4 times a day, until lactation was well established. Both groups stimulated the breasts through frequent suckling by the child. In the study by Thearle and Weissenberger (1984), the induction method varied depending on whether or not participants had a history of lactation. All women used a breast pump for stimulation, but three women (50%) who had not previously breastfed also were administered 2.5–40 mg of non-androgenic progesterone and between 0.05–0.4 mg of estrogen 12–28 weeks prior to beginning stimulation. In the case report (N = 2) by Wilson et al. (2015), 3 months before the baby's due date one of the participants (A) began taking drospirenone/ethinylestradiol, 3 mg/0.03 mg for 8 weeks. After the last dose she began pumping a minimum of 15 min 4 times a day, as well as drinking fenugreek tea. She also started taking domperidone during this period. The first drops of milk appeared on the 12th day of pumping, after which her production increased to a maximum of 64 ml/day.

Starting 2.5 months before their baby's due date, Participant B took ethynodiol diacetate/ethinylestradiol, 1 mg/35 mcg for 6 weeks. On the 3rd week of birth control, she initiated domperidone, and on the 5th week, she began drinking the same herbal tea with fenugreek and taking two malunggay (*moringa oleifera*, a tree leaf used as a galactagogue) pills 3 times a day (Wilson et al., 2015).

After stopping the hormones, she pumped for a minimum of 15 min, 4–5 times per day. The first drops appeared 2 days after beginning stimulation, and her production reached a maximum of 26 ml/day. In the study by Cazorla-Ortiz et al. (2020), five (55.5%) of the nine participants, took

progesterone and estrogen to induce lactation in addition to galactagogues and stimulation of the breasts.

Intranasal Oxytocin. Da Rocha et al. (2014) reported on three women who breastfed their adopted child. One of them (33.3%) used oxytocin (in addition to alfalfa and cinnamon tea) to encourage lactation. Oxytocin nasal spray was also used (just prior to stimulation with a breast pump and suckling by the child) by the two women in the case reports by, respectively, Hawke et al. (2005) and Cheales-Siebenaler (1999). Finally, in the study by Auerbach and Avery (1981), 14 (6%) of the 240 participants used intranasal oxytocin, together with breast stimulation, for 2 weeks after the child's arrival. In this group, it was often reported that milk production was more likely if the oxytocin nasal spray was used in combination with breast stimulation.

Galactagogues. The drug most widely used in the studies reviewed was metoclopramide, a dopamine antagonist. Doses ranged from 20–80 mg per day, and a low dose (5 mg/day) could be maintained while breastfeeding; alternatively, some women stopped taking metoclopramide after a period of between 10 days and 2 months (Banapurmath et al., 1993; Lakhkar, 2000; Biervliet et al., 2001; Shiva et al., 2010; Farhadi & Philip, 2017). In some cases, dopamine was used (dose 30–120 mg/day), either around Week 20 of the pregnancy or after the child was born (Hawke et al., 2005; Szucs et al., 2010; Reisman & Goldstein, 2018; LeCain et al., 2020; Mcguire, 2020). In the study by Zingler et al. (2017) and in the case report by Cheales-Siebenaler (1999), women stopped taking metoclopramide because of similar side effects: fatigue, weight gain, and emotional lability.

Herbal supplements with a galactagogue effect are sometimes used in combination with breast stimulation either with or without additional galactagogue or hormone treatment. An adoptive mother of twins took 1220–1830 mg of fenugreek and 340–1020 mg of blessed thistle (Szucs et al., 2010). One (33.3%) of the three participants combined breast stimulation with alfalfa, cinnamon tea, and an oxytocin nasal spray (Da Rocha et al., 2014). All participants included in this study combined stimulation with herbal galactagogues (Cazorla-Ortiz et al., 2020). In the case report about a mother whose baby was born through surrogacy with complete androgen insensitivity syndrome (CAIS), “the participant also took fenugreek and milk thistle as herbal supplements” (LeCain et al., 2020).

Factors Associated With Suckling the Breast Effectively and/or the Volume of Milk After an Induced Lactation

Successful induced lactation could be defined as achieving milk secretion, even if the quantity produced is insufficient for the exclusive breastfeeding of the child (Banapurmath et al., 1993; Shiva et al., 2010; LeCain et al., 2020). In this

respect, success was more related to the mother's satisfaction and her sense of self-realization than to the amount of milk produced or the duration of breastfeeding (Cazorla-Ortiz et al., 2020; Cheales-Siebenaler, 1999; Zingler et al., 2017).

Factors Associated With the Mother's Satisfaction

Support/Encouragement by Health Personnel, Partner, Family and Friends. One of the main factors associated with the success of induced lactation was the support and encouragement the participants received during the process from health professionals. Health professionals played a key role in providing information, advising, and counseling women who had not been pregnant regarding the different methods to breastfeed their children. It was important to consider the woman's priorities and the particular family configuration Szucs et al., 2010; Wilson et al., 2015; Cazorla-Ortiz et al., 2020). This kind of support could be offered by an International Board Certified Lactation Consultants (Biervliet et al., 2001; Cazorla-Ortiz et al., 2020; Farhadi & Philip, 2017; Flores-Antón et al., 2017). In the report by Kirkman and Kirkman (2001) concerning a case of surrogate motherhood between two sisters, the support the sisters offered one another was what enabled them to continue with the induction process, despite the difficulties they encountered along the way. Gribble (2001) described an online support group for breastfeeding adoptive mothers. This resource helped participants to cope with feeling alone and provided both information and support through the sharing of experiences of induced lactation. Participants felt the process to be normal and socially acceptable, which was essential for a successful outcome. According to Nemba (1994), the mother who was motivated, confident in herself, and who was well-informed about the induction process, was more likely to achieve a successful outcome. In the study by Cazorla-Ortiz et al. (2020), participants felt that women who were breastfeeding without going through a process of induced lactation had more support than those who were breastfeeding after going through a process induced lactation.

Frequent Stimulation. Each breast had to be stimulated for 10–20 min, 4–10 times a day (including at night), and this could be done manually or by using a breast pump, or both (Banapurmath et al., 1993; Cazorla-Ortiz et al., 2020; Flores-Antón et al., 2017; LeCain et al., 2020; McGuire, 2018; Reisman & Goldstein, 2018; Szucs et al., 2010; Wilson et al., 2015). In the study by Lakhkar (2000), four (33.3%) of the 12 participants who began the process of induced lactation did not produce milk. It was suggested that this was due to a lack of motivation and insufficient breast stimulation. Although, in the study by Nemba (1994), some of the participants (N = 37) received pharmacological treatment during the induction process, one of the key factors in achieving high levels of prolactin and oxytocin was breast stimulation. In the cases of adoptive breastfeeding

(N = 240) reported by Auerbach and Avery (1981), the most important factor in inducing lactation was nipple massage and stimulation, either by the child suckling or through use of a breast pump. Wilson et al. (2015) noted that breast stimulation could also be achieved when using a supplemental nursing system (SNS), in this case a bottle with a neonatal nasogastric tube was placed beside the mother's nipple that enabled the child to feed while simultaneously stimulating the breast; a bottle of this sort might contain formula, donor milk, or milk previously expressed by the mother herself (Banapurmath et al., 1993).

Previous Pregnancy and/or Breastfeeding. In the study by Auerbach and Avery (1981) of adoptive mothers (N = 240), participants who had previously breastfed produced milk more quickly than did those with no history of lactation. In the recent case report by McGuire (2020), the woman who induced lactation had had a previous pregnancy and lactation and achieved exclusive breastfeeding. In the study by Cazorla-Ortiz et al. (2020) two participants achieved exclusive breastfeeding without a previous pregnancy or breastfeeding, while the other two participants in the same study had previously breastfed but did not achieve exclusive breastfeeding.

Factors Associated With the Child

Child's Age. Auerbach and Avery (1981) reported that "three fourths of the babies less than 8 weeks of age responded well to the opportunity to nurse. Infants 8 weeks of age or older were as likely to accept as to reject the breast" (p. 342). Lakhkar (2000) likewise found that success was more likely the younger the child and the earlier that breastfeeding was initiated. However, Gribble (2005) described five cases of adopted children ranging from 8 months to 5 years old, who breastfed.

Interference Due to Bottle Feeding. The 10 children in the study by Banapurmath et al. (1993) were fed with formula until the mothers produced enough milk. Four of the children (40%) who had been bottle fed subsequently had problems taking to the breast; it was necessary to discontinue bottle feeding in order to achieve adequate suckling. In the event that formula or donor milk was needed as a supplement, this was given through a cup or spoon so as not to interfere with the child's suckling (Banapurmath et al., 1993; Nemba, 1994; Abejide et al., 1997).

Duration of Breastfeeding Following Induced Lactation

The longest reported cases of breastfeeding following induced lactation corresponded to middle- and high-income countries: mothers breastfed from 1 month to 4 years. In

developing countries, mothers breastfed their children 4–12 months.

Discussion

There are several factors that may account for the differences between developing and higher income countries in methods of induced lactation and the amount of milk that mothers produce. Mothers in developing countries are generally more knowledgeable about breastfeeding, breastfeed more frequently, maintain close physical contact with their child, whose behavior they consequently learn to interpret, and have a history of breastfeeding that may also make it easier. They also live in a culture that is supportive of breastfeeding, not least as it is seen as crucial to children's survival, given the risks of infection associated with the preparation of formulas. As a result of the latter, there is also less interference due to bottle feeding or the use of dummies (Gribble, 2004).

Indeed, there is currently a tendency in the West to regard breastfeeding as a symbol of maternal identity (Schmied & Lupton, 2001). The “good” mother is one who breastfeeds her child, as by doing so she is seeking the best, both for her child and with regard to her own self-realization as a mother (Marshall et al., 2007; Lommen et al., 2015). The new family structures which are the result of same sex couples and the rise of assisted reproduction have led to an increase of induced lactation in both these situations; the maternity in same sex couples and in surrogacy (Imaz, 2017). Induction of lactation will gain importance and more studies about this process will be necessary.

Previous experience of breastfeeding appears to be an important, although not crucial, factor to achieve breastfeeding after inducing lactation. Prior breastfeeding strengthens the mother's intention to breastfeed, and her determination and self-efficacy to meet her goal, and provides her with a more realistic understanding of her breastfeeding intentions and expectations (Hackman et al., 2015). It should also be noted that in their study of the mouse mammary gland, Dos Santos et al. (2015) suggested that pregnancy is the major modulator of mammary gland activity and that the cells of this gland retain a memory of past pregnancies, which benefit future attempts at breastfeeding. In addition, information is lacking regarding whether there had been a previous pregnancy. Hermann (1977) reported that 36 of 65 adoptive mothers (55.38%) who induced lactation managed to produce milk prior to the child's arrival, and, of these, 12 (33.3%) had no history of pregnancy, four (11.1%) had previously been pregnant but had not breastfed, and 20 (55.5%) had previous experience of both pregnancy and breastfeeding. By contrast, Saari et al. (2014) carried out in-depth interviews with adoptive mothers who had induced lactation, and concluded that the potential for success did not differ between those women with previous experience of pregnancy and breastfeeding and those with no history of maternity.

The pharmaceutical and herbal galactagogues used to increase milk production have been associated with a number of side effects, including gastric problems, bradykinesia, drowsiness, trembling, lethargy, hypoglycaemia, dyspnoea, strong smelling urine, sweating, and even depression, although more studies are needed to assess these effects (McGuire, 2018). In the review by Bazzano et al. (2016), which included 18 studies involving both pharmaceutical galactagogues, metoclopramide and domperidone, and herbal galactagogues including *Asparagusracemosus* (shatavari), *Coleus amboinicus* L. (torbangun), fenugreek, garlic extract, and *Moringa oleifera*, participants who took domperidone reported dry mouth as the only side effect. In the articles included in our review, little reference is made to the side effects of the drugs used to induce lactation, therefore more articles analyzing this effect are necessary. In the same way, not all the articles selected in the review refer to the factors related to suckling the breast effectively and/or the amount of milk after an induction of lactation. Considering that the cases of induced lactation will increase, future studies should compare the different methods and the different factors related to the success of the induction of lactation and how to determine which are the most appropriate in each case.

The main limitation of the studies reviewed was the lack of current studies about induction of lactation. Most of the articles were case reports, which do not produce enough evidence to generalize results or build an evidence base. Additionally, most of the case reports were about induction of lactation in adoption. Further research is required to increase knowledge about methods of inducing lactation in non-pregnant women, the circumstances in which one method may be better than another, the possible side effects of galactagogues, and the factors associated with a successful outcome.

Limitations

One of the limitations of this review is that the studies reviewed are in English or Spanish, which limits the usability of the results. In addition, inclusion criteria limited articles with information about the methods used to induce lactation and the factors associated with suckling the breast effectively and/or the volume of milk produced after inducing lactation. Articles referring to other aspects of inducing lactation were not included.

Conclusion

Health professionals can use this review to learn more about the process of induced lactation. Raising awareness and offering women the help and advice they need, taking into account their particular family situation, is essential. Guidance of this kind can empower women and allow them

to experience the emotional and nutritional benefits of breastfeeding.

Authors' Note

This article is part of Gemma Cazorla-Ortiz's PhD thesis (Doctoral Program in Nursing and Health. University of Barcelona), under the supervision of Josefina Goberna-Tricas and Noemí Obregón-Gutiérrez.

Acknowledgements

This paper contributes to the EU COST Action CA18211: DEVOTION: Perinatal Mental Health and Birth-Related Trauma: Maximising best practice and optimal outcomes.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

This study forms part of the research project, PGC2018-094463-B-I00 (MCIU/AEI/FEDER, UE), which is funded by the Spanish Ministry of Science and Innovation. This study has also been partially funded by a grant from the Nursing School of the University of Barcelona (PREI007).

ORCID iDs

Gemma Cazorla-Ortiz  <https://orcid.org/0000-0002-2560-6856>

Josefina Goberna-Tricas, PhD  <https://orcid.org/0000-0002-3531-9009>

References

- Abejide, O. R., Tadese, M. A., Babajide, D. E., Torimiro, S. E., Davies-Adetugbo, A. A., & Makanjuola, R. O. (1997). Non-Puerperal induced lactation in a Nigerian community: Case reports. *Annals of Tropical Paediatrics*, *17*(2), 109–114. doi:10.1080/02724936.1997.11747872
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, *8*(1), 19–32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Auerbach, K. G., & Avery, J. L. (1981). Induced lactation. A study of adoptive nursing by 240 women. *American Journal of Diseases of Children*, *135*(4), 340–343.
- Banapurmath, C. R., Banapurmath, S., & Kesaree, N. (1993). Successful induced non-puerperal lactation in surrogate mothers. *The Indian Journal of Pediatrics*, *60*(5), 639–643. doi:10.1007/BF02821725
- Bazzano, A. N., Hofer, R., Thibeau, S., Gillispie, V., Jacobs, M., & Theall, K. P. (2016). A review of herbal and pharmaceutical galactagogues for breast-feeding. *The Ochsner journal*, *16*(4), 511–524.
- Biervliet, F. P., Maguiness, S. D., Hay, D. M., Killick, S. R., & Atkin, S. L. (2001). Induction of lactation in the intended mother of a surrogate pregnancy: Case report. *Human Reproduction*, *16*(3), 581–583. doi:10.1093/humrep/16.3.581
- Cazorla-Ortiz, G., Galbany-Estragués, P., Obregón-Gutiérrez, N., & Goberna-Tricas, J. (2020). Understanding the challenges of induction of lactation and Relactation for Non-Gestating Spanish mothers. *Journal of Human Lactation*, *36*(3), 528–536. doi:10.1177/0890334419852939
- Cheales-Siebenaler, N. J. (1999). Induced lactation in an adoptive mother. *Journal of Human Lactation*, *15*(1), 41–43. doi:10.1177/089033449901500111
- Chetwynd, E. M., Wasser, H. M., & Poole, C. (2019). Breastfeeding support interventions by international board certified lactation consultants: A systemic review and meta-analysis. *Journal of Human Lactation*, *35*(3), 424–440. doi:10.1177/0890334419851482
- Chuisano, S. A., & Anderson, O. S. (2019). Assessing application-based breastfeeding education for physicians and nurses: A scoping review. *Journal of Human Lactation*. Advance online publication. doi:10.1177/0890334419848414
- Da Rocha, S., Meneses, I. M., & Nazareth, I. V. (2014). Narratives of lives of women who breastfed their adoptive children. *Revista Rene*, *15*(2), 249–256.
- Dos Santos, C. O., Dolzhenko, E., Hodges, E., Smith, A. D., & Hannon, G. J. (2015). An epigenetic memory of pregnancy in the mouse mammary gland. *Cell Reports*, *11*(7), 1102–1109. doi:10.1016/j.celrep.2015.04.015
- Farhadi, R., & Philip, R. K. (2017). Induction of lactation in the biological mother after gestational surrogacy of twins: A novel approach and review of literature. *Breastfeeding Medicine*, *12*(6), 373–376. doi:10.1089/bfm.2016.0112
- Flores-Antón, B., García-Lara, N. R., & Pallás-Alonso, C. R. (2017). An adoptive mother who became a human milk donor. *Journal of Human Lactation*, *33*(2), 419–421. doi:10.1177/0890334416682007
- Gribble, K. D. (2001). Mother-to-mother support for women breastfeeding in unusual circumstances: A new method for an old model. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, *9*(3), 13–19.
- Gribble, K. D. (2004). The influence of context on the success of adoptive breastfeeding: Developing countries and the West. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, *12*(1), 5–13.
- Gribble, K. D. (2005). Post-institutionalized adopted children who seek breastfeeding from their new mothers. *Journal Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, *19*(3), 217–235.
- Gribble, K. D. (2007). A model for caregiving of adopted children after institutionalization. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *20*(1), 14–26. doi:10.1111/j.1744-6171.2007.00076.x
- Gürtin, Z. B., & Faircloth, C., Zeynep, B. G., & Charlotte, F. (2018). Conceiving contemporary parenthood: Imagining, achieving and accounting for parenthood in new family forms. *Anthropology & Medicine*, *25*(3), 243–248. doi:10.1080/13648470.2018.1531614

- Hackman, N. M., Schaefer, E. W., Beiler, J. S., Rose, C. M., & Paul, I. M. (2015). Breastfeeding outcome comparison by parity. *Breastfeeding Medicine*, *10*(3), 156–162. doi:10.1089/bfm.2014.0119
- Hawke, L., Falloon, M., & Parsons, S. (2005). Adopted, embraced and nurtured. *Nursing New Zealand*, *11*(1), 18–20.
- Hermann, E. (1977). Breast feeding the adopted baby. *Birth*, *4*(4), 165–173. doi:10.1111/j.1523-536X.1977.tb01235.x
- Imaz, E. (2017). Same-sex parenting, assisted reproduction and gender asymmetry: Reflecting on the differential effects of legislation on gay and lesbian family formation in Spain. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, *4*, 5–12. doi:10.1016/j.rbms.2017.01.002
- Kirkman, M., & Kirkman, L. (2001). Inducing lactation: A personal account after gestational ‘surrogate motherhood’ between sisters. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers’ Association of Australia*, *9*(3), 5–11.
- Kornides, M., & Kitsantas, P. (2013). Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. *Journal of Child Health Care*, *17*(3), 264–273. doi:10.1177/1367493512461460
- Lakhkar, B. B. (2000). Breastfeeding in adopted babies. *Indian Pediatrics*, *37*(10), 1114–1116.
- LeCain, M., Fraterrigo, G., & Drake, W. M. (2020). Induced lactation in a mother through surrogacy with complete androgen insensitivity syndrome (CAIS). *Journal of Human Lactation*, *1*–4. doi:10.1177/0890334419888752
- Lommen, A., Brown, B., & Hollist, D. (2015). Experiential perceptions of relactation: A phenomenological study. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, *31*(3), 498–503. doi:10.1177/0890334415581646
- Marshall, J. L., Godfrey, M., & Renfrew, M. J. (2007). Being a ‘good mother’: managing breastfeeding and merging identities. *Social Science & Medicine*, *65*(10), 2147–2159. doi:10.1016/j.socscimed.2007.06.015
- McGuire, T. M. (2018). Drugs affecting milk supply during lactation. *Australian Prescriber*, *41*(1), 7–9. doi:10.18773/austprescr.2018.002
- Mcguire, E. (2020). Induced lactation and mothers sharing breastfeeding: A case report. *Breastfeeding Review*, *27*(2), 37–41.
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, *18*(1), 143. doi:10.1186/s12874-018-0611-x
- Nemba, K. (1994). Induced lactation: A study of 37 non-puerperal mothers. *Journal of Tropical Pediatrics*, *40*(4), 240–242. doi:10.1093/tropej/40.4.240
- Noel-Weiss, J., Boersma, S., & Kujawa-Myles, S. (2012). Questioning current definitions for breastfeeding research. *International Breastfeeding Journal*, *7*(1), 1–4. doi:10.1186/1746-4358-7-9
- Ogunlesi, T. A., Adekanmbi, F. A., Fetuga, B. M., & Ogundeyi, M. M. (2008). Non-puerperal induced lactation: An infant feeding option in paediatric HIV/AIDS in tropical Africa. *Journal of Child Health Care*, *12*(3), 241–248. doi:10.1177/1367493508092511
- Pham, M. T., Rajić, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: Advancing the approach and enhancing the consistency. *Research Synthesis Methods*, *5*(4), 371–385. doi:10.1002/jrsm.1123
- Rahim, N. C. A., Sulaiman, Z., & Ismail, T. A. T., Norsyamliana, C. A., Zaharah, S., & Tengku, A. T. (2017). The availability of information on induced lactation in Malaysia. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, *24*(4), 5–17. doi:10.21315/mjms2017.24.4.2
- Reisman, T., & Goldstein, Z. (2018). Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgender Health*, *3*(1), 24–26. doi:10.1089/trgh.2017.0044
- Saari, Z., & Mohd Yusof, F., & Yusof, M. F. (2014). Induced lactation by adoptive mothers: A case study. *Jurnal Teknologi*, *68*(1), 123–132. doi:10.11113/jt.v68.2894
- Schmied, V., & Lupton, D. (2001). Blurring the boundaries: Breastfeeding and maternal subjectivity. *Sociology of Health & Illness*, *23*(2), 234–250. doi:10.1111/1467-9566.00249
- Schnell, A. (2015). Breastfeeding without birthing: Mothers through adoption or surrogacy can breastfeed! *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, *31*(1), 187–188. doi:10.1177/0890334414561478
- Shiva, M., Frotan, M., Arabipoor, A., & Mirzaaga, E. (2010). A successful induction of lactation in surrogate pregnancy with metoclopramide and review of lactation induction. *International Journal of Fertility and Sterility*, *3*(4), 191–194.
- Sriraman, N. K. (2017). The nuts and bolts of breastfeeding: Anatomy and physiology of lactation. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, *47*(12), 305–310. doi:10.1016/j.cppeds.2017.10.001
- Szucs, K. A., Axline, S. E., & Rosenman, M. B. (2010). Induced lactation and exclusive breast milk feeding of adopted premature twins. *Journal of Human Lactation*, *26*(3), 309–313. doi:10.1177/0890334410371210
- Thearle, M. J., & Weissenberger, R. (1984). Induced lactation in adoptive mothers. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *24*(4), 283–286. doi:10.1111/j.1479-828X.1984.tb01512.x
- Truchet, S., & Honvo-Houéto, E. (2017). Physiology of milk secretion. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, *31*(4), 367–384. doi:10.1016/j.beem.2017.10.008
- Wahlert, L., & Fiester, A. (2013). Induced lactation for the nongestating mother in a lesbian couple. *Virtual Mentor*, *15*(9), 753–756. doi:10.1001/virtualmentor.2013.15.9.ecas2-1309
- Wilson, E., Perrin, M. T., Fogleman, A., & Chetwynd, E. (2015). The intricacies of induced lactation for same-sex mothers of an adopted child. *Journal of Human Lactation*, *31*(1), 64–67. doi:10.1177/0890334414553934
- World Health Organization [WHO]. (1998). Relactation: Review of experience and recommendations for practice. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_chs_cah_98_14/en/

Zingler, E., Amato, A., Zanatta, A., Vogt, M., Wanderley, M., Mariani Neto, C., & Zaoneta, A. (2017). Lactation induction in a commissioned mother by surrogacy: Effects on prolactin levels,

milk secretion and mother satisfaction. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 39(02), 086–089. doi:10.1055/s-0037-1598641

ARTÍCULO 2

Cazorla-Ortiz, G. (2018). Métodos no farmacológicos para inducir la lactancia materna en adopción, subrogación y en la madre no gestante en parejas lesbianas: revisión bibliográfica. *Revista Musas*, 3(1), 38-56.

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA INDUCIR LA LACTANCIA MATERNA EN ADOPCIÓN, SUBROGACIÓN Y EN LA MADRE NO GESTANTE EN PAREJAS LESBIANAS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Gemma Cazorla-Ortiz¹

Correo electrónico: gemmacazorla@hotmail.com

1. Matrona. Hospital Parc Taulí de Sabadell. Área de Ginecología y Obstetricia. Parc Taulí, 1, 08208 Sabadell, Barcelona.

Recepción: 30/11/2017 Aceptación: 11/01/2018



RESUMEN

Introducción

La inducción de la lactancia materna permite a las madres que no han pasado por un parto —en caso de adopción, subrogación o en parejas formadas por dos mujeres— poder dar el pecho a su hijo. Existen métodos farmacológicos y métodos no farmacológicos para inducir la lactancia materna.

Objetivo

El objetivo de esta revisión es conocer los métodos no farmacológicos para inducir la lactancia materna.

Material y Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinahl y Web of Science en octubre de 2015. Se incluyeron 15 artículos sobre inducción de la lactancia materna.

Resultados

Existen pocos casos de inducción de la lactancia en los que solo se utilicen métodos no farmacológicos, pero la estimulación es imprescindible para poder inducir la lactancia materna. No existe una guía estandarizada sobre métodos para inducir la lactancia materna; cada caso de inducción de lactancia se realiza de manera diferente y es difícil comparar los diferentes casos de inducción.

Conclusiones

Es necesario llevar a cabo más estudios de investigación sobre los métodos no farmacológicos para poder inducir la lactancia materna y, así, poder estandarizar los cuidados que se ofrecen a las madres que deciden pasar por este proceso teniendo en cuenta cada caso de manera individual.

Palabras clave: Lactancia maternal, Lactancia, Leche Humana, Adopción, Madre Subrogada, Homosexualidad femenina.

ABSTRACT

Introduction

The induction of lactation enables women who have not given birth to breastfeed their child in cases of adoption, surrogacy or lesbian couples. There are pharmacological and non-pharmacological methods for inducing lactation.

Objective

To identify non-pharmacological methods for inducing lactation.

Material and Methods

A literature search of the Pubmed, Cinahl and Web of Science databases was carried out in October 2015. A total of fifteen papers were found on inducing lactation.

Results

There are a few cases of inducing lactation in which only non-pharmacological methods are used, but stimulation is essential in all cases. There is no standard guide on methods for this process. Each case of induction is carried out in a different way, and it is difficult to make comparisons.

Conclusions

More studies are required on non-pharmacological methods for inducing breastfeeding. This will help to standardise the care provided to mothers who decide to go through this process, considering each case individually.

Keywords: Breastfeeding, Lactation, Milk Human, Adoption, Surrogate Mothers, Female Homosexuality.

INTRODUCCIÓN

Inducir la lactancia materna es el proceso por el cual una mujer que no ha estado embarazada de su hijo y que no está lactando a otro niño produce leche (Wittig y Spatz, 2008). Las mujeres pueden inducir la lactancia materna y alimentar a sus hijos adoptados (Szucs et al., 2010), subrogados (Shiva et al., 2010), o, en parejas de dos mujeres, la madre que no haya estado embarazada puede amamantar a su hijo (Wilson et al., 2015).

La prevalencia real de las mujeres que pasan por una inducción de la lactancia materna es difícil de determinar debido a la falta de estudios sobre el tema (Wilson et al., 2015). Los principales motivos por los que las mujeres inducen la lactancia materna son: establecer una mejor vinculación, obtener beneficios emocionales para el niño y fomentar el contacto físico con el bebé (Auerbach, 1981). En el estudio de Abejide et al. (1997) sobre la inducción de la lactancia materna en seis mujeres nigerianas, el principal motivo para inducir la lactancia materna fue la supervivencia de los niños gracias a la disminución de la malnutrición, del riesgo de diarrea, de infecciones respiratorias y la disminución de las muertes por la mala preparación de la lactancia artificial.

En la mayoría de los casos descritos sobre inducción de la lactancia materna, es necesario suplementar con leche artificial debido al volumen insuficiente de leche materna (Wilson et al., 2015; Shiva et al., 2010; Hawke et al., 2005; Kirkman y Kirkman, 2001; Biervliet et al., 2001; Auerbach, 1981; Thearle y Weissenberger, 1984). Pocos son los casos descritos de lactancia materna exclusiva después de una inducción de la lactancia, pero Abejide et al. (1997) describen los de seis mujeres nigerianas que consiguen alimentar a sus hijos solo con su leche materna, sin necesidad de suplementos de leche artificial, y, más recientemente, una mujer consigue alimentar a sus hijos gemelos adoptados de manera exclusiva (Szucs et al., 2010).

Para inducir la lactancia materna se pueden utilizar métodos farmacológicos: fármacos galactogogos que pretenden aumentar los niveles de prolactina en la mujer y, por lo tanto, la producción de leche, y el tratamiento hormonal: estrógenos y progesterona para crear un estado similar al de la gestación en la mujer. Tanto los tratamientos hormonales como los fármacos galactogogos pueden tener efectos secundarios: aumento de peso y de volumen del pecho, dolor de cabeza, problemas gástricos, depresión e irregularidades menstruales (Wittig y Spatz, 2008; Saari y Farahwahida, 2014; Mahon y Cotter, 2014).

La inducción de la lactancia materna también puede realizarse con métodos no farmacológicos, como la estimulación frecuente de pezones y pechos manual, o gracias a un sacaleches eléctrico —mejor si es doble— cada tres horas aproximadamente dos meses antes de la llegada del hijo, o hierbas con reputación como galactogogos (Wittig y Spatz, 2008). Tanto si se utilizan métodos farmacológicos, no farmacológicos o ambos, el éxito de la inducción de la lactancia está relacionado con la motivación materna, la actitud positiva, la estimulación frecuente de los pechos, la succión y el apoyo por parte de la familia (sobre todo por parte de la pareja) y del personal sanitario (Szucs et al., 2010).

El objetivo de esta revisión es conocer los métodos no farmacológicos utilizados para la inducción de la lactancia materna y así poder ampliar los conocimientos sobre el proceso de la inducción de la lactancia y mejorar los cuidados a las madres que decidan pasar por este proceso.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Web of Science y Cinahl en octubre del 2015 con los descriptores: Breastfeeding, Lactation, Human Milk, Adoption, Surrogate Mothers, Female Homosexuality para profundizar en la inducción de la lactancia materna. Las combinaciones booleanas fueron las siguientes: breastfeeding or lactation or human milk and adoption or surrogate mothers or female homosexuality.

Criterios de selección

Se incluyeron los artículos publicados en los últimos treinta y cinco años, debido a la escasez de literatura sobre la inducción de la lactancia y a la relevancia de los estudios publicados en los años 80. Los criterios de exclusión fueron: estudios no clínicos, no estar escritos en inglés o español, *letters*, protocolos o guías clínicas. La selección de los artículos se presenta en la figura 1.

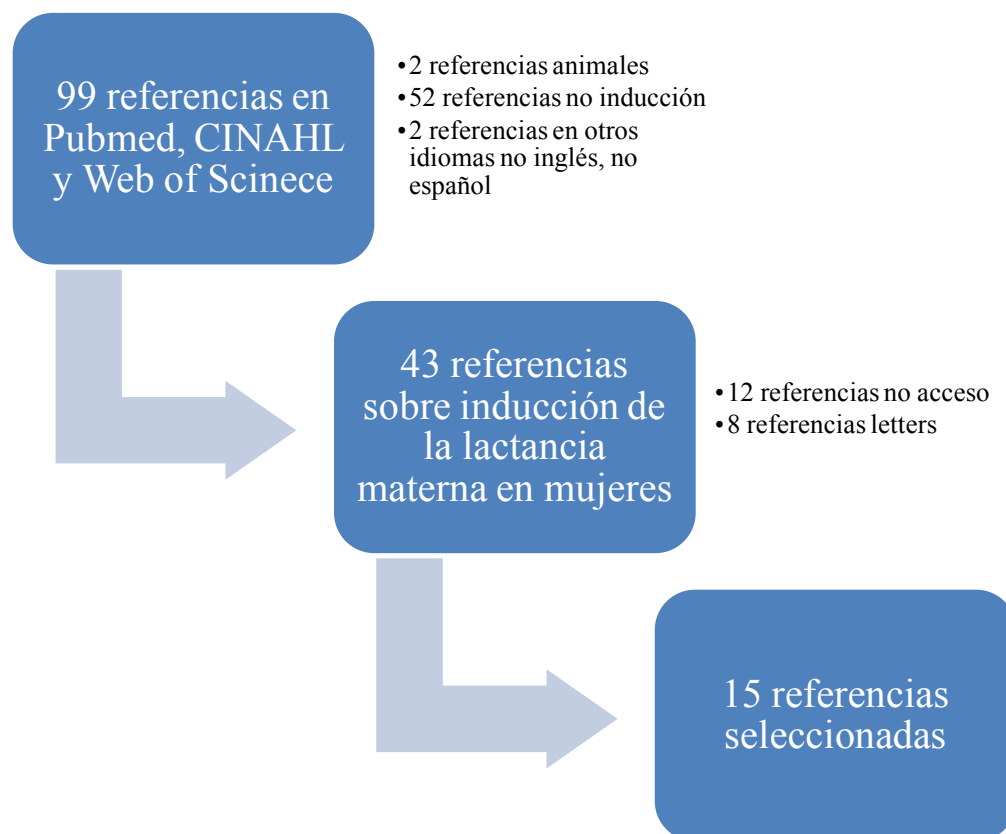


Figura 1 Esquema flujo de la búsqueda bibliográfica realizada

Estudios seleccionados

Los artículos se seleccionaron cuando contenían información sobre los métodos no farmacológicos para inducir la lactancia. Como resultado de la búsqueda bibliográfica, se obtuvieron 99 artículos y finalmente fueron seleccionados 15 artículos, ya que algunos de estos artículos no aportaban información sobre métodos no farmacológicos utilizados para inducir la lactancia, no eran estudios en humanos, no estaban escritos en inglés o español, eran *letters*, o no se tuvo acceso al texto completo. Para realizar la selección de los artículos, se hizo una revisión manual de los contenidos. Se usó la guía PRISMA para evaluar la calidad de los estudios, pero debido a la falta de literatura sobre el tema, se decidió incorporar todos los artículos, una vez valorada su calidad, aunque no se ciñeran en algún aspecto a la guía de evaluación.

Con los 15 artículos seleccionados, se elaboró una tabla dónde se clasificaron teniendo en cuenta las siguientes variables: año de publicación, si la inducción eran casos de adopción, subrogación o en parejas de dos mujeres, diseño del estudio, país en el que se realiza el estudio, participantes (y sus características), y qué métodos no farmacológicos utilizaron para la inducción (tabla 2).

En cuanto a la temática de los artículos: 9 de los artículos seleccionados hacían referencia a la inducción de la lactancia en casos de adopción: 3 casos de inducción de la lactancia en países en vía de desarrollo y 6 casos en países occidentales, 4 estudios hacían referencia a la inducción en casos de subrogación: 3 casos de subrogación en países occidentales y 1 caso en países en vía de desarrollo. Finalmente, dos estudios hacían referencia a la inducción en parejas de dos mujeres en países occidentales.

Tabla 2. Artículos seleccionados

Autores y año de publicación	Caso de inducción	Diseño del estudio	País donde se realiza el estudio	Participantes	Método no farmacológico	Tipo de lactancia
Wilson et al. (2015)	Adopción	Case Report	USA	Dos mujeres de 38 y 46 años No embarazo ni lactancia previa	Fenogreco Moringa Oleifera Estimulación (sacaleches y relactados)	Lactancia materna no exclusiva hasta los 7 meses
Da Rocha et al. (2014)	Adopción	Estudio descriptivo cualitativo	Brasil	Tres mujeres entre 36 y 40 años No embarazos ni lactancias previas	E1: estimulación E2: alfalfa, té de canela y estimulación E3: Alfalfa y estimulación con relactador (Solo uso de métodos no farmacológicos)	Lactancia materna no exclusiva E1: 4 meses E2: 23 meses E3: 9 meses
Wahlert y Fiestler (2013)	Pareja de dos mujeres	Ethics case	USA	Una mujer se induce la lactancia materna para alimentar a su hijo gestado por su pareja No embarazo ni lactancia materna previa	Estimulación y hierbas galactogogas	

Szucs et al. (2010)	Adopción	Case Report	USA	Mujer de 33 años Embarazo previo que no finalizó. No lactancia previa	Estimulación con sacaleches doble Fenogreco Cardo Relactador	Lactancia materna exclusiva 2 meses
Shiva et al. (2010)	Subrogación	Case Report	Irán	Mujer de 36 años. 2 embarazos ectópicos, 2 abortos. No lactancia materna previa	Estimulación	Lactancia mixta 3 meses
Hawke et al. (2005)	Adopción	Case Report	Nueva Zelanda	Mujer de 40 años. No embarazo. No lactancia materna previa	Sacaleches Relactador	Lactancia mixta 7 meses

Kirkman and Kirkman (2001)	Subrogación	Case Report	Australia	Mujer de 41 años. No embarazo. No lactancia materna previa	Estimulación con sacaleches Relactador Sólo uso de métodos no farmacológicos	Lactancia mixta (leche de la madre, donación de leche de conocidas y leche de fórmula) 10 meses
Biervliet et al. (2001)	Subrogación	Case Report	UK	Mujer de 27 años. No embarazo. No lactancia materna previa	Estimulación con sacaleches	Lactancia mixta 3 meses
Lakhkar (2000)	Adopción	Estudio descriptivo	India	12 mujeres entre 35 y 45 años que reciben 3 o 4 clases sobre lactancia en adopción	Succión por parte de los niños	11 lactancia mixta 1 lactancia exclusiva
Cheales-Siebenaler (1999)	Adopción	Case Report	USA	Mujer de 34 años. Tres abortos, no lactancia materna previa	Estimulación con sacaleches	Lactancia materna exclusiva 2 meses y medio Lactancia mixta 4 meses y medio

Abejide et al. (1997)	Adopción	Case Report	Nigeria	6 mujeres entre 22 y 56 años. Todas con embarazo y lactancia materna previa	Succión del pecho por parte de los niños Sólo uso de métodos no farmacológicos	Lactancia materna exclusiva entre 4 y 10 meses
Nemba (1994)	Adopción	Case Report	Papúa Nueva Guinea	37 mujeres entre 19 y 55 años. 25 mujeres lactancia materna previa	Succión del niño	Lactancia materna exclusiva: 24 mujeres, al menos lactaron 9 meses.
Banapurmath et al. (1993)	Subrogación	Case Report	India	10 mujeres entre 25 y 45 años. Todas embarazo previo y lactancia materna previa	Masaje de pecho y pezón Succión frecuente del niño	2 mujeres lactancia materna exclusiva 2 años. 3 mujeres lactancia mixta al menos 1 año. 5 mujeres no lo consiguen.
Thearle y Weissenberger (1984)	Adopción	Case Report	Australia	6 mujeres entre 32 y 34 años. No embarazo previo. 1 lactancia materna previa a un hijo adoptado	Todas las mujeres estimulación mecánica de los pechos y uso de relactador 3 mujeres solo uso de métodos no farmacológicos	Lactancia mixta en todas las mujeres entre 5 semanas y un año

<p>Auerbach (1981)</p>	<p>Adopción</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>USA</p>	<p>240 mujeres con una media de edad de 27 años. 57 no lactancia previa. 65 Embarazo previo. 36 Lactancia materna previa</p>	<p>Cambios en la dieta. Suplementos de la dieta: aumento de la ingesta hídrica, vitamina B. Estimulación de los pechos y pezones manual y/o mecánica. Succión por parte del niño siempre que fuese posible. 57% uso de relactador</p> <p>El 94% solo uso de métodos no farmacológicos</p>	<p>Lactancia mixta en la mayoría de las mujeres, una media de 7 meses de lactancia</p>
----------------------------	-----------------	--------------------------------	------------	--	--	--

RESULTADOS

La inducción de la lactancia se puede conseguir en ausencia de fármacos, simplemente con estimulación regular de pechos y pezones (Cheales-Siebenaler, 1999). Esta estimulación suele realizarse durante unos 10-20 minutos en cada pecho, entre 4-10 veces/día, tanto de día como de noche (Wilson et al., 2015; Szucs et al., 2010; Banapurmath et al., 1993).

En seis de los quince artículos seleccionados se utilizan solamente métodos no farmacológicos para inducir la lactancia materna sin necesidad de tomar medicación (Da Rocha et al., 2014; Wahlert y Fiester, 2013; Kirkman y Kirkman, 2001; Abejide et al., 1997; Thearle y Weissenberger, 1984; Auerbach, 1981).

Una de las tres mujeres que explican su experiencia sobre la inducción de la lactancia materna en el estudio de Da Rocha et al. (2014), además de ingerir alfalfa, hierba con conocido poder galactogogo, consiguió producir leche materna gracias a la estimulación de los pechos con un relactador. El relactador consiste en una botella, llena de leche de fórmula, leche de donantes o leche de la madre, conectada a una sonda que se engancha al pezón de la madre y permite al niño succionar el pecho mientras se alimenta (Wilson et al., 2015). El uso del relactador como método no farmacológico para estimular los pechos a través de la succión del niño también es usado en el estudio de Kirkman y Kirkman (2001), donde, a parte de la estimulación con sacaleches doble cada tres o cuatro horas durante unos once minutos, se alimenta al niño a través del relactador. En el estudio de Abejide et al. (1997), seis mujeres nigerianas consiguen inducir la lactancia materna y alimentar a sus hijos adoptados simplemente con la estimulación de los pechos. Todas las mujeres habían tenido lactancias previas que habían finalizado entre nueve meses y doce años antes de empezar la inducción de la lactancia. En este caso, la estimulación se produce directamente con la succión de los niños adoptados durante 10 minutos en cada pecho al menos 10 veces al día. Entre 13 y 18 días después de empezar la succión, las mujeres empezaron a tener leche y, entre los 21 y 28 días, podían alimentar a sus hijos adoptivos exclusivamente con leche materna. Finalmente, de las 240 mujeres incluidas en el estudio de Auerbach (1981), solo el 6% utiliza fármacos para conseguir amamantar a sus hijos adoptivos; el resto induce la lactancia materna con la ingesta de suplementos dietéticos a base de infusiones y complejos vitamínicos, y estimulando los pechos a través de la succión de los niños, ejercicios en los pezones (elongaciones para facilitar la

succión) y estimulación de los pechos manual o con sacaleches. La succión del niño en el pecho, siempre que fuese posible, sustituía a otro tipo de estimulación y el 57% de las mujeres incluidas en el estudio utilizaron el relactador para alimentar a sus hijos si no podían hacerlo de manera exclusiva con el pecho. Para Auerbach (1981), la estimulación es el factor más importante para inducir la lactancia materna, sin el cual la inducción de la lactancia no es posible.

La mayoría de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica utilizan tanto métodos no farmacológicos como métodos farmacológicos para inducir la lactancia materna (Wilson et al., 2014; Da Rocha et al., 2014; Wahlert y Fiester, 2013; Szucs et al., 2010; Shiva et al., 2010; Hawke et al., 2005; Biervliet et al., 2001; Lakhkar, 2000; Cheales-Siebenaler, 1999; Nemba, 1994; Banapurmath et al., 1993; Thearle y Weissenberger, 1984; Auerbach, 1981).

En el estudio de Thearle et al., hay tratamiento diferente para inducir la lactancia a seis mujeres que adoptan a sus hijos dependiendo de si habían lactado anteriormente. Así, pues, tres de las mujeres del estudio que no habían lactado con anterioridad tomaron progesterona y estrógenos entre 12 y 28 semanas antes de iniciar la estimulación con sacaleches. Las tres mujeres que ya habían lactado con anterioridad solo realizaron estimulación de los pechos con sacaleches. En todos los casos también se estimularon los pechos a través de la succión del niño mientras era alimentado utilizando relactador (Thearle y Weissenberger, 1984). También en el estudio de Nemba (1994) sobre 37 mujeres que se inducen la lactancia materna, el método a seguir para inducir la lactancia varía dependiendo de si las mujeres habían dado el pecho anteriormente o no. Ambos grupos reciben fármacos galactogogos pero solamente las que no habían lactado a otros hijos reciben una dosis de progesterona intramuscular una semana antes de empezar la estimulación de los pechos. Tanto un grupo como otro utilizaron la estimulación de los pechos con frecuencia a través de la succión del hijo. Para Nemba (1994), uno de los factores esenciales para lograr unos niveles elevados de prolactina y oxitocina es la estimulación de los pechos. En el *case report* publicado de Wilson et al. (2015), una pareja formada por dos mujeres que adoptan a su hijo se induce la lactancia materna usando una combinación hormonal de estágenos y progestágenos, además de fármacos galactogogos y se estimulan los pechos con sacaleches unas 3-4 veces al día durante un mínimo de 15 minutos. Las madres tomaron fenogreco y 2 comprimidos de moringa olifeira al día (hierbas con conocido poder galactogogo). Las primeras gotas aparecieron

respectivamente a los 12 días de la estimulación con una producción máxima de leche de 64ml/día y a los 2 días de la estimulación con una cantidad máxima de leche producida de 26ml/día.

En el estudio de Szucs et al. (2010), la madre adoptiva de gemelos, utiliza tanto métodos farmacológicos (combinación hormonal y fármacos galactogogos) como métodos no farmacológicos: ingesta de 1220 mg a 1830 mg de fenogreco y de 340 mg a 1020 mg de cardo bendito al día para aumentar la producción de leche, además de la estimulación con sacaleches doble. El primer mes se estimulaba los pechos de seis a siete veces al día cada tres horas y durante veinte minutos. Después del primer mes, se estimulaba unas seis veces al día entre las 6:30 h y las 23:30 h, quince minutos cada pecho, y antes de la estimulación con sacaleches se hacía estimulación manual aproximadamente durante un minuto.

DISCUSIÓN

Los métodos no farmacológicos para inducir la lactancia materna son más utilizados en los países no occidentales que en los países occidentales (Abejide et al., 1997; Nemba, 1994; Banapurmath et al., 1993). También, los casos de lactancia materna exclusiva son mayores en los países no occidentales. En el estudio de Abejide et al. (1997), sobre inducción de la lactancia materna en adopción en una comunidad nigeriana, las seis mujeres nigerianas que se inducen la lactancia para alimentar a sus hijos adoptados consiguen dar el pecho a sus hijos de manera exclusiva hasta la introducción de alimentos sólidos y luego combinada con otros alimentos sólidos hasta los 12 meses. En el estudio de Nemba (1994), sobre inducción de la lactancia en 37 mujeres que adoptaron en Papúa Nueva Guinea, 27 de ellas consiguen una lactancia exclusiva, de las cuales 11 no habían dado el pecho con anterioridad. Factores como el mayor conocimiento sobre la lactancia materna, el patrón de lactancia materna (sin restricciones, y por lo tanto, frecuente succión del pecho que ayudaría a unos elevados niveles de prolactina), el mayor contacto entre madre e hijo, las experiencias previas con la lactancia materna, que implican un mayor conocimiento sobre la lactancia, una mejor interpretación del comportamiento del niño, la no interferencia con tetinas y chupetes, el apoyo de la comunidad a la inducción de la lactancia, y una visión de la inducción de la lactancia como la única posibilidad para garantizar la supervivencia de los bebés debido al riesgo de infección en la preparación de la lactancia artificial, podrían explicar las diferencias en la producción de leche y los

métodos para inducir la lactancia materna entre los países occidentales y los no occidentales (Gribble, 2004).

También existen diferencias entre la duración de la lactancia materna en relación a si la inducción de la lactancia materna se realiza en un país u otro. Esta diferencia puede ser debida a los diferentes motivos por los que se induce la lactancia materna. Así pues, el principal motivo para inducir la lactancia materna en los países no occidentales es para garantizar la supervivencia del niño hasta poder introducir otros alimentos diferentes a la leche humana; en cambio, en los países occidentales, el motivo para inducir la lactancia materna se relaciona con el fortalecimiento del vínculo entre madre e hijo (Ogunlesi et al., 2008; Gribble, 2007). La lactancia es un símbolo de identidad maternal en la sociedad occidental, se considera uno de los pilares de la maternidad y amamantar implica lo mejor para el binomio niño-madre (Lommen et al., 2015).

La experiencia previa de la lactancia materna se muestra como un potente factor predictor, aunque no imprescindible, del éxito de la lactancia materna, fortaleciendo la intención de amamantar de la madre, su determinación y autoeficacia para cumplir su objetivo, y proporcionando una comprensión más realista de sus intenciones y expectativas (Hackman et al., 2015). Así como en el estudio de Auerbach (1981) sobre 240 madres adoptivas que indujeron la lactancia materna, las mujeres que habían dado el pecho con anterioridad conseguían tener leche más rápidamente que aquellas que no habían lactado con anterioridad, en el estudio de Nemba (1994), entre las 37 mujeres incluidas, no existen diferencias en la producción de leche y la lactancia previa (Nemba, 1994). En el estudio de Elisabeth Hormann en 1977, 36 de las 65 mujeres participantes se inducen la lactancia materna para amamantar a sus hijos adoptados, entre ellas, aquellas que habían tenido una lactancia previa, consiguen producir leche en menor tiempo y en mayor cantidad que las que no habían dado el pecho anteriormente. También las seis mujeres nigerianas incluidas en el estudio de Abejide et al. (1977), que consiguen amamantar a sus hijos de manera exclusiva, tenían embarazos y lactancias previa. Sin embargo, en el estudio de Banapurmath et al. (1993), donde se da la posibilidad de pasar por una inducción de la lactancia a 10 mujeres en casos de subrogación en la India, de las cinco que deciden pasar por la inducción, solo tres consiguen una lactancia exclusiva a pesar de tener todas lactancias previas. Tanto Szucs et al. (2010) como Cheales-Siebenaler (1999) describen respectivamente el caso de dos mujeres, una que adopta gemelos y otra que adopta un solo bebé y ambas consiguen alimentarlos de manera

exclusiva sin lactancia materna previa en ninguno de los dos casos. Estos dos estudios coinciden con los resultados que aporta el *case report* de Flores-Antón et al. (2017), en el que una mujer sin lactancia materna previa consigue producir leche para amamantar de manera exclusiva a su hijo adoptado y convertirse también en donante de leche materna. También en el estudio de Saari y Farahwahida, en el que se realizan doce entrevistas en profundidad a mujeres que han pasado por una inducción de la lactancia en caso de adopción, se llega a la conclusión de que tanto las madres que han estado embarazadas con anterioridad y han dado el pecho como aquellas que no han pasado por una maternidad previa tienen el mismo potencial de dar el pecho a niños que no han dado a luz (Saari y Farahwahida, 2014).

A pesar de que ninguno de los artículos incluidos en esta revisión bibliográfica aporta datos sobre posibles efectos secundarios causados por las hierbas con poder galactogogo, la bibliografía describe alteraciones gástricas, bradiquinesia, sedación, temblores, letargia, hipoglicemia, disnea, mal olor en la orina, sudor e incluso depresión, aunque destaca que son necesarios más estudios para evaluar estos efectos (Saari y Farahwahida, 2014; Forinash et al., 2012).

CONCLUSIONES

No existe un protocolo específico sobre métodos no farmacológicos para inducir la lactancia materna: estimulación, hierbas galactogogas o suplementos dietéticos y, por lo tanto, cada mujer que pasa por una inducción de la lactancia materna utiliza diferentes métodos para llegar a producir leche materna independientemente de los antecedentes previos de maternidad y/o lactancia, o de si la inducción se realiza en caso de adopción, subrogación o en parejas de dos mujeres. La falta de consenso sobre los posibles métodos para inducir la lactancia materna no permite realizar comparaciones entre los diferentes procesos de inducción a la lactancia y determinar cuál es el mejor en cada caso particular. Faltan, por lo tanto, estudios que permitan ampliar los conocimientos sobre la inducción de la lactancia materna para saber cuál es el mejor proceso a seguir y cuáles son los posibles efectos secundarios con los que se puede encontrar la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

- ABEJIDE, O., et al. Non-Puerperal Induced Lactation in a Nigerian Community: Case Reports. En: *Annals of Tropical Paediatrics*. 1997, vol. 17, núm. 2, pp. 109-114.
- AUERBACH, K. G.. Induced Lactation A Study of Adoptive Nursing by 240 Women. En: *American Journal of Diseases of Children*. 1981, vol. 135, pp. 340-43.
- BANAPURMATH, C. R., et al. Successful Induced Non-Puerperal Lactation in Surrogate Mothers. En: *The Indian Journal of Pediatrics*, 1993, vol. 60, pp. 639-43.
- BIERVLIET, F. P., et al. Induction of Lactation in the Intended Mother of a Surrogate Pregnancy. En: *Human Reproduction*. 2001, vol. 16, núm. 3, pp. 581-83.
- BRYANT, C. Nursing the Adopted Infant. En: *Journal of American Board of Family Medicine*. 2006, vol. 19, núm. 4, pp. 374-79.
- CAREY, W. B. Induced lactation. En: *American Journal of Disease of Children*. 1981, vol. 135, núm. 2, pp. 973-84.
- CHEALES-SIEBENALER, N. J. Induced Lactation in an Adoptive Mother. En: *Journal of Human Lactation*, 1999, vol. 15, núm. 1, pp. 41-3.
- DA ROCHA, S., et al. Narratives of Lives of Women Who Breastfed their Adoptive Children. En: *Northeast Network Nursing Journal*, 2014, vol. 15, núm. 2, pp. 249-56.
- FLORES-ANTÓN, B., GARCÍA-LARA, N. R., PALLÁS-ALONSO, C. R. An Adoptive Mother Who Became a Human Milk Donor. En: *Journal of Human Lactation*. 2017, vol. 33, núm. 2, pp. 419-421.
- FORNIASH, A. B., et al. The Use of Galactogogues in the Breastfeeding Mother. En: *The Annals of Pharmacotherapy*. 2012, vol. 46, pp. 1392-404.
- GRIBBLE, K. D. A Model for Caregiving of Adopted Children After Institutionalization. En: *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2007, vol. 20, núm. 1, pp. 14-26.
- . The Influence of Context in the Success of Adoptive Breastfeeding: Developing Countries ant the West. En: *Breastfeeding review*, 2004, vol. 12, núm. 1, pp. 5-13.
- . Mother-to-Mother Support for Women Breastfeeding in Unusual Circumstances: A New Method for an Old Model. En: *Breastfeeding review*. 2001, vol. 9, núm. 3, pp. 13-19.
- HACKMAN, N. M., et al. Breastfeeding Outcome Comparison by Parity. En: *Breastfeeding Medicine*. 2005, vol. 10, núm. 3, pp. 156-62.

- HAWKE, L., et al. «Adopted, embraced and nurtured». En: *Nursing New Zealand*. 2005, vol. 11, núm. 1, pp. 18-20.
- HORMANN, E. Breast Feeding the Adopted Baby. En: *Birth and the Family Journal*. 1977, vol. 4, núm. 4, pp. 165-173.
- KIRKMAN, M.; KIRKMAN, L. Inducing lactation: A personal account after gestational «surrogate motherhood» between sisters. En: *Breastfeeding review*. 2005, vol. 9, núm. 3, pp. 5-11
- LAKHAR, B. B. Breastfeeding Adopted Babies. En: *Indian Pediatrics*, 2000, vol. 37, pp. 1114-16.
- LOMMEN A., et al. Experiential Perceptions of Relactation: A phenomenological Study. En: *Journal of Human Lactation*, 2015, vol. 31, núm. 3, pp. 498-503.
- MAHON, E.; COTTER, N. Assisted Reproductive Technology-IVF Treatment in Ireland: A Study of Couples. En: *Human Fertility*. 2014, vol. 17, núm. 3, pp. 165-69.
- NEMBA, K. Induced Lactation: A Study of 37 Non-Puerperal Mothers. En: *Journal of Tropical Pediatrics*. 1994, vol. 40, pp. 240-2.
- OGUNLESI, T. A., et al. Non-Puerperal Induced Lactation: An Infant Feeding Option in Paediatric HIV/AIDS in Tropical Africa. En: *Journal of Child Health Care*, 2008, vol. 12, núm. 3, pp. 241-48.
- ROGERS, I. S. Relactation. En: *Early Human Development*. 1997, vol. 2, pp. 75-8.
- SAARI, Z.; FARAHWAHIDA, Y. Induced Lactation by Adoptive Mothers: A Case Study. En: *JurnalTeknologi*. 2014, vol. 68, núm. 1, pp.123-32.
- SHIVA, M., et al. A Successful of Lactation in Surrogate Pregnancy with Metoclopramide and Review of Lactation Induction. En: *International Journal of Fertility and Sterility*. 2010, vol. 3, núm. 4, pp. 191-4.
- SZUCS, K., et al. Induced Lactation and Exclusive Breast Milk Feeding of Adopted Premature Twins. En: *Journal of Human Lactation*. 2010, vol. 26, núm. 309–13.
- THEARLE, M. J.; WEISSENBERGER, R. Induced lactation in Adoptive Mothers. En: *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1984, vol. 24, pp. 283-86.
- WAHLERT, L.; FIESTER, A. Induced Lactation for the Nongestating Mother in a Lesbian Couple. En: *Virtual Mentor*. 2013, vol. 15, núm. 9, pp. 753-6.
- WILSON, E., et al. The Intricacies of Induced Lactation for Same-Sex Mothers of an Adopted Child. En: *Journal of Human Lactation*. 2015, vol. 31, núm. 1, pp. 64-67.
- WITTIG, S.; SPATZ, D. Induced Lactation. Gaining a Better Understanding. En: *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2008, vol. 33, núm. 2, pp. 76–81.

ARTÍCULO 3

Cazorla-Ortiz, G., Galbany-Estragués, P., Obregón-Gutiérrez, N., & Goberna-Tricas, J. (2020). Understanding the Challenges of Induction of Lactation and Relactation for Non-Gestating Spanish Mothers. *Journal of Human Lactation*, 36(3), 528-536.

Understanding the Challenges of Induction of Lactation and Relactation for Non-Gestating Spanish Mothers

Journal of Human Lactation

1–9

© The Author(s) 2019




Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/0890334419852939

journals.sagepub.com/home/jhl



Gemma Cazorla-Ortiz^{1,2}, Paola Galbany-Estragués, PhD^{3,4},
Noemí Obregón-Gutiérrez, PhD^{1,2}, and Josefina Goberna-Tricas, PhD⁵

Abstract

Background: Induced lactation and relactation are the processes that enable breastfeeding in non-gestating mothers.

Research aim: The aim of this study was to describe and interpret the challenges faced by mothers who undergo induced breastfeeding and relactation for adopted infants, infants born via surrogacy, and infants born to same-sex female partners.

Methods: A qualitative study was performed using in-depth interviews conducted with Spanish women ($N = 9$) who had decided to undergo induced lactation or relactation. The data were collected between October 2014 and May 2017. The length of the study was due to the difficulty in locating and recruiting the sample. Interviews were transcribed and coded with the ATLAS.ti v.7.5.7 software. We performed a deductive thematic analysis, creating categories based on the interview questions, which we developed on the basis of previous literature about induced lactation and relactation.

Results: Participants described the following challenges: the physical hardships of the process; breastfeeding problems; difficulty with accessing information about induced lactation or relactation; and lack of support from health professionals. Breastfeeding periods lasted from 1.5 months to 4 years. Participants reported that breastfeeding increased the closeness between the mother and child and that this feeling of closeness tended to decrease after breastfeeding cessation.

Conclusion: We offer data and analysis that can improve our understanding of the lived experiences of women undergoing the process of relactation or induced lactation and may help guide intervention strategies to support women in this situation.

Keywords

breastfeeding, induced lactation, qualitative methods, relactation

Background

Human milk, as the normal food for infants, contains antibodies and a multitude of other immune factors needed for normal growth and development and the long-term protection from numerous chronic illnesses. It also reduces the mother's risk of breast and ovarian cancer, Type 2 diabetes, and postpartum depression (World Health Organization [WHO], 2017). Additionally, Gibbs, Forste, and Lybbert (2018) show that breastfeeding provides a strong foundation for the mother–child bond. Breastfeeding also serves as a social symbol of maternal identity (Marshall, Godfrey, & Renfrew, 2007; Schmied & Lupton, 2001; Williams, Kurz, Summers, & Crabb, 2012). The pressure to provide the best for one's baby, minimize the risk of illness, and meet social expectations is likely to affect the decision to breastfeed (Afflerback, Carter, Koontz, & Grauerholz, 2013).

While most women who breastfeed do so with babies they have gestated, non-gestating mothers can still choose to breastfeed children who were adopted (Szucs, Axline, & Rosenman, 2010), born through surrogacy (Banapurmath,

& Kesaree, 1993), or born to their female partner (Wilson, Perrin, Fogleman, & Chetwynd, 2015). For women who have not previously breastfed, this process is

¹Department of Public Health, Mental Health and Perinatal Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

²Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, Spain

³Research group on Methodology, Models, Methods and Outcomes of Health and Social Sciences (M3O) Faculty of Health Sciences and Welfare, University of Vic—Central University of Catalonia (UVic-UCC), Vic, Spain

⁴AFIN. Social and Cultural Department, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Spain

⁵Department of Public Health, Mental Health and Perinatal Nursing, Faculty of Medicine and Health Services, ADHUC—Research Center for Theory, Gender and Sexuality, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

Date submitted: May 1, 2018; Date accepted: May 4, 2019.

Corresponding Author:

Paola Galbany-Estragués, Faculty of Health Sciences and Welfare, University of Vic – Central University of Catalonia (UVic-UCC), C. Sagrada Família, 7, Vic, Barcelona 08500, Spain.

Email: paola.galbany@uvic.cat

called “induced lactation.” If they have previously breastfed, it is termed “relactation” (WHO, 1998). Mothers often decide to undergo induced lactation or relactation to strengthen the mother–child bond (Flores-Antón, García-Lara, & Pallás-Alonso, 2017).

Induced lactation and relactation have gained popularity in Spain over the past 15 years, as traditional families have given way to new family structures, under which children enter a family via adoption, surrogacy, or sperm donation. Adoption has become very common in Spain, where around 1000 children are adopted each year (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017a). When it comes to surrogacy, although the practice is illegal in Spain (Techniques of Assisted Human Reproduction Act, 2006), Spanish citizens often arrange surrogate pregnancies in countries where the practice is legal (Darnovsky & Beeson, 2015). Couples comprising two women can legally use insemination with donor sperm to achieve a pregnancy (Techniques of Assisted Human Reproduction Acts 2006, 2015).

In Spain, according to the most recent national health survey, 74% of infants aged 6 weeks are fed with human milk. This figure drops to 64% at 3 months and 39% at 6 months (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2017). The main reasons for cessation of breastfeeding is perceived milk insufficiency and returning to work (Ramiro et al., 2017). There are no data available regarding the prevalence of induced lactation or relactation in Spain.

Much of the existing research about induced lactation and relactation concerns methods. In the pharmacological method, women take galactagogues or hormonal treatments (estrogen and progesterone). Hormonal treatments create a hormonal state similar to that which occurs during pregnancy. Both treatments have potential side effects, including weight gain, headaches, gastric problems, depression, and irregular periods. In addition to taking medication, women using the pharmacological approach must also undergo breast stimulation (Forinash, Yaney, Barnes, & Myles, 2012; Sabatini & Cagiano, 2006). Induced lactation and relactation can also be performed using non-pharmacological methods based on the frequent stimulation of the breasts. Herbal galactagogues (e.g. fenugreek and blessed thistle) are sometimes used to assist in relactation and induced lactation (Wittig & Spatz, 2008).

Researchers have identified success factors for induced lactation and relactation, including maternal motivation, positive attitude, frequent stimulation of breasts, sucking by the baby, family support (especially the partner’s), and support from health professionals (Gribble, 2004). Lommen and Brown (2015) concluded that the support that women received from breastfeeding services and their families enabled them to breastfeed their babies and face feelings of rejection, anger, stress, and failure. Flores-Antón et al. (2017) described a mother who managed to feed her adopted baby exclusively with her own milk and argued that motivation and confidence helped her succeed.

Key Messages

- The main motivation for undergoing induced lactation or relactation was to strengthen closeness between the mother and child through breastfeeding. Participants reported that breastfeeding cessation diminished this feeling of closeness.
- During the processes of induced lactation and relactation, the key challenges for women were physical difficulties, lack of information, lack of support from professionals, and doubts about whether they would have a successful outcome and be able to breastfeed their babies.
- Women who underwent induced lactation and were therefore breastfeeding for the first time experienced problems with their breasts. Women undergoing relactation did not have problems with their breasts.

As we have outlined, studies about induced lactation and relactation focus on methods and success factors. However, there is a lack of research about the experience of women who undergo these processes, which we divided into three phases: induction/relactation until the establishment of milk production; the breastfeeding of the infant; and breastfeeding cessation. As far as we know, our study was the first in which researchers examined, under a single lens, the three modes of reproduction in which women may choose lactation and relactation (adoption, surrogacy, and sperm donation). Specifically, we describe the challenges faced by women in Spain undergoing induced lactation and relactation. This research is important because new family models in Spain have increased cases of induced lactation and relactation, but little is known about how non-gestating women experience these processes. Our aim in this study was to describe the challenges faced by mothers who undergo induced breastfeeding and relactation for adopted infants, infants born via surrogacy, and infants born to same-sex female partners.

Methods

Design

This was a prospective and cross-sectional generic qualitative study. To explore the experiences of women who had undergone induced lactation and relactation, we deemed qualitative methods to be most appropriate, given that they allow researchers to understand participants experiences (Jiggins & Evans, 2016; Renate, 2014; Sandelowski, 2000). The research was approved by the Research Ethics Committee of the Health Corporation of Parc Taulí Hospital (reference 2015568) and the Bioethics Committee of the University of Barcelona (reference IRB00003099).

Setting

The research was based in Catalonia, Spain. Spain has a public health system providing universal, comprehensive, free care to citizens and foreign residents. Pregnancy, childbirth, and postpartum care are fully covered. Spain also has private hospitals offering pregnancy, childbirth, and postpartum care. Breastfeeding is encouraged and supported in both the public and private systems. In both systems, pregnant women receive breastfeeding education and support during pregnancy, immediately after childbirth, and during postpartum visits (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017b). Outside the health system, women can also receive breastfeeding support privately from lactation support providers and International Board Certified Lactation Consultants.

Sample

The target population was women living in Spain who had undergone induced lactation or relactation to breastfeed an adopted child, a child born through surrogacy, or a child born to the woman's same-sex partner through sperm donation. We define breastfeeding as the process by which a child consumes human milk (including expressed milk and milk from a wet nurse). The breastfed infant may also consume other food or liquid, including non-human milk and formula (Noel-Weiss, Boersma, & Kujawa-Myles, 2012). Inclusion criteria were: (1) women who had undergone induced lactation or relactation and were no longer breastfeeding their children; (2) women who, after undergoing induced lactation or relactation, were still breastfeeding; or (3) women who had undergone induced lactation or relactation and who were in the process of ceasing breastfeeding. All women participated voluntarily in the study. Sample exclusion criteria were: (1) < 18 years of age at the time of the study; (2) women who did not speak Spanish or Catalan; and (3) women outside Catalonia who were unable to perform the interview via videoconference. Participants were not required to have undergone induction or relactation within a certain timeframe.

Author 1 contacted breastfeeding support groups and lactation support providers to identify the first participant. The remaining participants were identified with snowball sampling. Ten women were identified, and nine of these met the inclusion criteria. We contacted these nine women via email to offer study details, provide a consent form guaranteeing data confidentiality, and to commit to informing participants of the study results. The sample was small due to the small population size and the difficulty of recruitment. We were able to recruit three participants each from the three situations in which induced lactation and relactation occur. We ceased recruiting participants when we reached data saturation.

Data Collection

All participants gave their consent before being interviewed. All data were collected between October 2014 and May 2017. The lengthy timeframe for data collection resulted from our difficulties in recruiting participants. Few women in Spain choose induction or relactation in the case of adoption, surrogacy, or a partner's pregnancy. Moreover, there is no database tracking the existing cases.

Semi-structured interviews were conducted using open-ended questions that addressed difficulties during the process, motivational and de-motivational factors, feelings and thoughts, and an evaluation of the entire process (Kallio, Pietilä, Johson, & Kangasniemi, 2016). We organized the interview guide (Table 1) around the three phrases of induction and relactation, and we developed the interview questions following classic studies in which researchers have laid the groundwork for understanding the experiences of women undergoing these processes (Auerbach & Avery, 1981; Hormann, 1977; Thearle & Weissenberger, 1984). This kind of deductive design is useful in ensuring that all areas the researchers wish to investigate emerge in the interviews (Percy, Kostere, & Kostere, 2015). Author 1 conducted in-person interviews with five participants and Skype interviews with four. Interviews were conducted in Catalan and/or Spanish and averaged 50 min (range = 40–160). They were recorded and transcribed in the original language and checked by Authors 1 and 2. A professional translator translated the examples from the original language into English.

To maximize the reflexivity of the research process (Buetow, 2019; Dogson, 2019), Author 1 kept a field diary in which she reported her impressions of each interview. In the interviews, she presented herself to study participants as a nurse–midwife and a student undertaking a PhD in nursing. Participants' awareness that Author 1 was a nurse–midwife may have led them to paint an overly positive picture of breastfeeding. However, their multiple descriptions of the difficulties they faced seems to discourage this interpretation.

Participants' names were substituted with the letter "P" (participant), followed by a number. Author 1 saved the transcribed interviews on a personal hard drive to maintain participants' confidentiality. Once the study is completed and published, transcripts will be destroyed.

Data Analysis

The analysis process is detailed in Table 2. Following Braun and Clarke (2006), we familiarized ourselves with the data, generating an initial set of codes that drew on the theoretical model and our interview guide. Then Authors 1 and 2 jointly read and coded the transcriptions using ATLAS.ti v.7.5.7 (Scientific Software Development GmbH, 2015). We then incorporated the emerging codes into our predetermined

Table 1. Interview Guide.

Stages of the Process of Induced Lactation / Relactation	Questions
1. Induced lactation / relactation	<p>What difficulties or unpleasant aspects appeared during the process of induced lactation or relactation? (Difficulties during the process, motivational and de-motivational factors)</p> <p>What was your relationship with the health professionals during induced lactation or relactation? (Feelings and thoughts)</p> <p>What aspects would you have liked to have covered with the health professionals? Were you unable to discuss any of these with them? Why? (Difficulties during the process)</p> <p>Did you have any problems during the process? (Difficulties during the process)</p> <p>Did you feel supported during the process? Who provided you with the greatest support? (Feelings and thoughts, motivational and de-motivational factors)</p>
2. Establishment of breastfeeding	<p>Did you experience any problems with your breasts during breastfeeding? (Difficulties during breastfeeding)</p> <p>How was your experience breastfeeding? (Feelings and thoughts, motivational and de-motivational factors)</p>
3. Breastfeeding cessation	<p>Did you experience any problem during breastfeeding cessation? (Difficulties during breastfeeding cessation)</p> <p>How was your relationship with your child during breastfeeding cessation? (Feelings and thoughts)</p>
4. Entire process	<p>What would you say was your overall experience of this entire process? (Feelings and thoughts / difficulties during the process / motivational and de-motivational factors)</p>

Table 2. Analysis Process.

Stage	Description of the process
Creation of categories	Creation of categories from the semi-structured interview questions, which were devised on the basis of previous literature on induction and relactation
Immersion in the data	Transcription of the interviews and reading of the transcribed data
Initial generation of codes	Grouping the quotes that repeat themselves in patterned ways, to create codes
Grouping the codes within the categories	Grouping the interrelated codes under the pre-established categories
Confirmation of categories	Re-reading of the data to confirm that the categories are correct
Definitive categories	Determining the definitive categories
Final report	Final report with the definitive categories and codes

categories (Table 3). We conducted team meetings to compare and contrast our interpretations of the data and to identify relationships among codes and categories (Dogson, 2019).

Results

The average age of the participants when undergoing induced lactation or relactation was 33 years (standard deviation [*SD*]: 3.87). The average age of the infants at the start of breastfeeding was 17 days (*SD*: 28.92) and the average length of breastfeeding was 17 months (*SD*: 17.06). In all cases, it was the first time that the participant underwent a process of induced lactation or relactation. Seven participants breastfed a single child, while two breastfed twins. Table 4 shows the demographic characteristics of the participants.

We organized our data into three categories: challenges of induced lactation or relactation; challenges of breastfeeding; and challenges of breastfeeding cessation.

Challenges of Induced Lactation or Relactation

Physical Challenges. Seven (78%) of the participants underwent the process of relactation or induced lactation before their child arrived. The remaining two (22%) participants, P-2 and P-3, began the process after the child arrived. The process of induced lactation or relactation required round-the-clock stimulation of the breasts, which often caused stress to participants. All participants reported that it was worth undergoing induced lactation or relactation to be able to breastfeed their children.

The stress that it can cause you at the beginning with your partner, with your family, and imposing those routines, because it is quite a tedious routine, every 2 or 3 hours and at night, whatever we do, having to go to the bathroom to pump milk, and touch my breasts for 10 minutes. (P-2)

The process not only affected their relationship with their partners but also their colleagues: “The most difficult was at work,

Table 3. Categories, Definitions of Categories, Codes, and Definitions of Codes.

Category	Definition of Category	Code	Definition of Code
<i>Challenges During Induction of Lactation or Relactation</i>	The participants experienced challenges during the period of induction of lactation or relactation, until they were able to produce milk	1. Hardship during the process of inducing lactation or relactation	1. Routines, disciplines, stimulation both during the day and night, secondary effects of medication, stress
		2. Difficulty obtaining information from health professionals (midwives, RNs, and physicians)	2. No access to information, inappropriate information, lack of information
		3. Doubts and fears during the process of inducing lactation or relactation	3. Not being able to produce milk, insufficient milk supply
<i>Challenges During Breastfeeding</i>	The participants experienced challenges during the establishment of breastfeeding and the period of breastfeeding itself	4. Problems with the breast	4. Cracked nipples, nipple blebs, blocked ducts, pain, suction problems
		5. Doubts about whether the amount of milk supplied was sufficient	5. Insufficient milk supply for feeding the baby
<i>Difficulties During Breastfeeding Cessation</i>	The participants experienced challenges during breastfeeding cessation	6. The end of shared responsibility for breastfeeding with the partner	6. In the case of couples comprising two women, the induced or relactating mother ceased breastfeeding before her partner
		7. Reduced feeling of closeness	7. The end of breastfeeding diminished the mother's sense of closeness to the child

Table 4. Demographic Characteristics of the Participants (N = 9)

ID	Maternal Age (years) ^a	Maternity without Pregnancy	Prior Pregnancy	Prior BF	Induction/relactation Method	Type of BF	BF Support	Child's age at start of BF	Child's age at BF cessation
1	29	Adoption	Full term	Yes	H, HG, S	Mixed	None	12 weeks	13 months
2	36	Partner's Pregnancy	No	No	HG, S, SNS	EBF	RN	6 weeks	7 months
3	38	Adoption	Full term	Yes	HG, S, SNS	Mixed	IBCLC	8 days	4 years
4	36	Adoption	Miscarriage 2nd trimester	No	HG, S	EBF	RN IBCLC	4 days	4 years
5	37	Surrogacy	None	No	H, HG, S	Mixed	Physician	From birth	6 months
6	30	Partner's Pregnancy	None	No	H, HG, S	EBF	Midwife IBCLC	From birth	15 months
7	28	Partner's Pregnancy	None	No	H, HG, S	Mixed	Midwife LSP	From birth	4 months
8	32	Surrogacy	None	No	H, HG, S	Mixed	None	From birth	10 months
9	38	Surrogacy	Miscarriage 1st trimester	No	H, HG, S	Mixed	IBCLC	1 months	1.5 months

Note. Abbreviations: BF = breastfeeding; EBF = exclusive breastfeeding; H = hormonal; HG = herbal galactogogues; IBCLC = International Board Certified Lactation Consultant; LSP = lactation support provider; mixed feeding = BF and formula; S = stimulation; SNS = supplemental nursing system, registered nurse (RN).

^aMaternal age at time of induction or relactation.

disappearing for 10, 15 minutes. It was very strange [to my colleagues] for me to disappear" (P-7). For P-2 and P-8, on medication during the process, side effects during hormonal treatments and galatogogues included weight gain, headaches, and decreased sexual desire. These participants did not interpret these symptoms negatively: "I gained a few sizes due to the medication, however, truthfully, I did not mind" (P-2). "The medication gave me a headache and very low sexual desire. But I knew why so I could live with it" (P-8).

Lack of Information From Health Professionals. Only P-5, who became a mother by surrogacy in 1999, said she felt satisfied with the support of her physicians during the process of inducing lactation. The other participants felt that the information and support provided by their midwives, nurses, and physicians was inadequate, which made them turn to the Internet: "I remember the phrase [from my family doctor]: 'You will not be able to breastfeed, not even an ant'" (P-1).

The pediatrician came and told us that I should not breastfeed the baby, that the mother who gave birth to him should. She said that the baby was unwell and that she did not know if the quality of my milk was good. (P-7)

“I have often met mothers wondering: ‘Could I have done this?’ And I respond: ‘Yes, of course, if someone had told you!’” (P-1). “They [the health professionals] could have taken an interest and guided me” (P-3). Some participants, like P-2, felt that health professionals should be more informed about modern family structures and the possibility of induced lactation or relactation for babies raised by two women: “Is there anything missing? Well, that would be more training for health professionals about couples so they know that this is possible, positive, and that both of you can do it” (P-2).

Lack of Support From Close Family Members and Friends. Primary support came from participants’ partners. All admitted to being questioned about their decision by their family and close friends: “At first, it is like: ‘What is she doing?’ And that is tough, at least in my case it was” (P-3). Participants admitted feeling questioned for undergoing induced lactation or relactation and about the quantity and quality of their milk: “Many people, friends, told me: ‘Do you know that you are going to be a mother anyway, even if you do not breastfeed?’ They felt it was a major complication” (P-9). “Later, when I produced milk they said: ‘Ok, but is that milk real? Will it be of any use to the baby?’” (P-4). P-2, P-6, and P-7, participants who underwent induced lactation or relactation to breastfeed a child born by their female partner felt judged not only for wanting to be mothers, but also for wanting to breastfeed their babies.

Doubts About the Outcome. All participants experienced doubts about whether they would be able to induce lactation or relactation successfully. These doubts were due to the slow pace of inducing lactation and relactation, the long waiting period before results emerged, the fact that milk production sometimes plateaued, and their frustration during the process. “I saw that you came to a point at which it [the milk] did not increase any more, and it made me think: ‘Oh my goodness, will that be enough?’” (P-1). They also feared that their babies would have difficulty breastfeeding or might reject the breast.

I did not know if all this effort was going to be worth it. At first, you feel full of hope, see if this will work, when you see it does, you get very excited, when you see that you really have milk. But it is also frustrating because I was scared my baby might not want it. (P-2)

Some participants linked the stress that they experienced while expecting a child to their own doubts about the success of the process as expressed by P-1, an adoptive mother: “The

chances of succeeding already are not great ... and in a process like adoption, which is really long, maybe you are not at your best” (P-1).

Challenges During Breastfeeding

Problems with Breast Health. P-1 and P-3 had had prior breastfeeding experience and did not experience any problems with their breasts during breastfeeding after relactation. However, the remaining participants, who had not breastfed before, reported problems including cracked nipples (P-6, P-9); nipple blebs or milk blisters (P-4, P-9); stiffened areas of the breast due to stimulation (P-2); the baby having problems with sucking (P-5); the baby having difficulty in latching on to the participant’s breast, but not to the gestating mother’s breast (P-7); and blocked ducts (P-8). These problems appeared during the first month of breastfeeding and were mostly resolved during the first month and a half, except for P-8, who, when back at work, again experienced blocked ducts, and P-7, who reported that her baby had difficulty latching on for the entire 4-month period of breastfeeding. To solve sucking problems, P-5’s registered nurse taught her exercises to stimulate sucking. For P-4’s nipple blebs and P-6’s cracked nipples, lactation support providers taught them to perform postural changes when breastfeeding to drain all areas of the breast. One of P-6’s twins required a frenotomy to correct a tongue-tie.

Doubts About Milk Supply. Participants reported doubts about whether their induced milk supply would be enough for their babies. Participants who had previously breastfed (P-1, P-3) acknowledged having more doubts about breastfeeding after relactation compared to previous experiences:

Considering that the baby was smaller, and that it was not breastfeeding immediately after birth, there was a doubt that the baby would have enough [milk], you know? I had that doubt, you know? More doubts. (P-1)

Challenges During Breastfeeding Cessation

The end of Shared Breastfeeding Responsibility With the Partner. P-2 and P-6 had shared breastfeeding with their female partners who had given birth to their babies. When these participants ceased breastfeeding, their partners continued breastfeeding. This change caused stress in the couples and shifted their responsibilities in caring for their children. P-6’s partner went from feeding one of their babies to feeding both: “Sharing the burden is the least romantic part, but it is true that I also felt motivated to continue supporting my partner, because it was very tiring with the two of them” (P-6). Except for P-2, who decided to stop breastfeeding for personal reasons, all participants stopped breastfeeding because of the baby’s disinterest in breastfeeding. The babies asked

to nurse less often, and the babies who received formula supplements (P-7 and P-9) preferred the bottle to the breast.

Reduced Closeness. P-4 and P-7 were still breastfeeding at the time of their interviews, while the other participants had already ceased breastfeeding or were in the process of doing so. All participants saw the end of breastfeeding as a loss and linked it to a decrease in the closeness between mother and child. This aspect made breastfeeding cessation particularly difficult for the participants, since the desire for closeness was the main reason they had undergone induced lactation or relactation in the first place. An example is P-2, whose female partner was still breastfeeding their child, even though P-2 herself had weaned:

There is a change, in the sense that no, they do not seek you out in the same way; there is not the dependency now that the child has with my partner, when it was more shared—and yes, it changes. For me, it changes. (P-2)

Discussion

Our study participants faced the same challenges, regardless of the mode of reproduction. The greatest challenge of induced lactation or relactation was physical. As also reflected in previous studies, the process required an effort that could be stressful but that was rewarded when the mother was able to breastfeed her baby (Da Rocha, Meneses, & Nazareth, 2014). The most difficult part of the process for our participants was the round-the-clock stimulation of the breasts (Shiva, Frotan, Arabipoor, & Mirzaaga, 2010). It should be pointed out, however, that induced lactation and relactation can also be achieved after the baby arrives by putting the baby to the breast (Abejide et al., 1997). This option should be kept in mind as a way of avoiding the onerous process that our study participants went through, and thus reducing stress.

Because of the physical difficulty of the process, external support is essential, and our participants expected that health professionals would provide relevant information and support. Other researchers have shown that health professionals often do little to promote induced lactation or relactation because they are unfamiliar with these processes (Da Rocha et al., 2014; Saari & Farahwahida, 2014). When our participants failed to receive professional support, they obtained additional information via the Internet, a strategy that, without supervision from a health professional, may lead to inappropriate conclusions (Hartzband & Groopman, 2015). While participants found that professional support was lacking, they reported receiving emotional support from their partners, which increased their willpower and sense of security, and assisted them through the challenges of the process. While participants reported good support from their partners, they agreed that they received very little support from friends, compared to women who breastfeed children to

whom they have given birth. We agree with Lommen and Brown (2015) that more support and a positive outlook would help encourage breastfeeding in non-gestating mothers.

The challenges of breastfeeding itself that our study participants faced were similar to those reported for gestating mothers: breast health and milk supply (Barbosa et al., 2017). Like previous researchers (Hackman, Schaefer, Beiler, Rose, & Paul, 2015), we show that participants who were breastfeeding for the first time often had more difficulty initiating breastfeeding than those who had breastfed previously. With respect to their doubts about milk supply, similar to other findings (Da Rocha et al., 2014; Saari & Farahwahida, 2014; Shiva et al., 2010), the type of feeding (i.e., exclusive breastfeeding, predominant breastfeeding, mixed feeding or bottle feeding), and the inability to exclusively breastfeed a child, did not negatively affect the participants. This finding coincides with their belief that the benefit to the mother–child relationship was significant regardless of how much milk was produced.

Finally, the participants agreed that their feeling of closeness with their child had been strengthened by breastfeeding and that this closeness weakened when they ceased breastfeeding. Although returning to work is often related to breastfeeding cessation (Li, Fein, Chen, & Grummer-Strawn, 2008), this factor did not affect participants in our study because they were all able to reduce their working hours or lengthen their leave.

Participants' motivation for breastfeeding was to improve their sense of closeness to their infants, and they reported that their expectations had been fulfilled. In future studies, researchers should compare sense of closeness to one's infant between non-gestating mothers who breastfeed their infants and those who do not.

Limitations

We included two study participants who were still breastfeeding and therefore who had not gone through the phase of breastfeeding cessation; as a result, our sample for this phase was limited to seven participants. Overall, the small size of our sample limits our ability to making definitive claims or generalize our results to other settings. The sample may appear to be skewed toward women with a high educational level. However, this characteristic is probably general to women who choose induced relactation or relactation, and therefore not a sampling error. Our use of snowball sampling may have skewed the sample toward women who were similar to each other. Finally, the authors' own positioning as nurses and nurse–midwives—and therefore recognizable as people in favor of breastfeeding—could have affected the participants' responses and the researchers' interpretations.

Conclusion

At a time when people use a range of modes of reproduction to create their families, health professionals need to know about induced lactation and relactation in order to provide proper guidance and assistance. Researchers and practitioners can use our study to better understand the lived experiences of women during induced lactation and relactation, and health professionals and lactation support providers can draw on it when they offer care during these processes.

Acknowledgments

The authors thank all women who have shared their experiences and have allowed the realization of this study. Furthermore, we would like to thank Dr Clara Juandó Prats for her research support, and Dr Susan Frekko, who translated the article from Spanish to English and provided feedback on several versions.




Declaration of Conflicting Interests

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

ORCID iDs

Gemma Cazorla-Ortiz  <https://orcid.org/0000-0002-2560-6856>
 Paola Galbany-Estragués  <https://orcid.org/0000-0003-3775-1695>
 Josefina Goberna-Tricas  <https://orcid.org/0000-0002-3531-9009>

References

- Abejide, O. R., Tadese, M. A., Babajide, D. E., Torimiro, S. E., Davies-Adetugbo, A. A., & Makanjuola, R. O. (1997). Non-puerperal induced lactation in a Nigerian community: Case reports. *Annals of Tropical Paediatrics*, *17*(2), 109–114.
- Afflerback, S., Carter, S. K., Koontz, A., & Grauerholz, L. (2013). Infant-feeding consumerism in the age of intensive mothering and risk society. *Journal of Consumer Culture*, *13*, 387–405.
- Auerbach, K. G., & Avery, J. L. (1981). Induced lactation: A study of adoptive nursing by 240 women. *American Journal of Diseases of Children*, *135*(4), 340–343.
- Banapurmath, C. R., Banapurmath, S., & Kesaree, N. (1993). Successfully induced non-puerperal lactation in surrogate mothers. *The Indian Journal of Pediatrics*, *60*(5), 639–643.
- Barbosa, G. E., Silva, V. B., Pereira, J. M., Soares, M. S., Medeiros, R. D., Pereira, L. B., Pinho, L., & Caldeira, A. P. (2017). Initial breastfeeding difficulties and association with breast disorders among postpartum women. *Revista Paulista de Pediatria*, *35*(3), 265–272.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101.
- Buetow, S. (2019). Apopenia, unconscious bias and reflexivity in nursing qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, *89*, 8–13.
- Da Rocha, S., Meneses, I. M., & Nazareth, I. V. (2014). Narratives of lives of women who breastfed their adoptive children. *Revista Rene*, *15*(2), 249–256.
- Darnovsky, M., & Beeson, D. (2015). Prácticas globales de subrogación. *Newsletter AFIN*, *77*, 1–18.
- Dodgson, J. E. (2019). Reflexivity in Qualitative Research. *Journal of Human Lactation*, *35*(2), 220–222. doi:10.1177/0890334419830990
- Flores-Antón, B., García-Lara, N. R., & Pallás-Alonso, C. R. (2017). An Adoptive mother who became a human milk donor. *Journal of Human Lactation*, *33*(2), 419–421. doi:10.1177/0890334416682007
- Forinash, A. B., Yancey, A. M., Barnes, K. N., & Myles, T. D. (2012). The use of galactogogues in the breastfeeding mother. *Annals of Pharmacotherapy*, *46*(10), 1392–1404.
- Gibbs, B. G., Forste, R., & Lybbert, E. (2018). Breastfeeding, parenting, and infant attachment behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, *22*(4), 579–588.
- Gribble, K. D. (2004). The influence of context on the success of adoptive breastfeeding: Developing countries and the west. *Breastfeeding Review*, *12*(1), 5–13.
- Hackman, N. M., Schaefer, E. W., Beiler, J. S., Rose, C. M., & Paul, I. M. (2015). Breastfeeding outcome comparison by parity. *Breastfeeding Medicine*, *10*(3), 156–162.
- Hartzband, P., & Groopman, J. (2015). Untangling the Web: Patients, doctors, and the internet. *The New England Journal of Medicine*, *362*(12), 1063–1066.
- Hormann, E. (1977). Breast feeding the adopted baby. *Birth and the Family Journal*, *4*(4), 165–173.
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Encuesta Nacional de Salud*. Retrieved from http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
- Jiggins, K., & Evans, B. (2016). Qualitative descriptive methods in health science research. *Health Environments Research and Design Journal*, *9*(4), 16–25.
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(12), 2954–2965.
- Law No. 40. Law about Techniques of assisted human reproductive. *Boletín Oficial del Estado* No. 126, 27th May of 2006. Spain. Retrieved from <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-9292>
- Li, R., Fein, S. B., Chen, J., & Grummer-Strawn, L. M. (2008). Why mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*, *122*(2), 569–575.
- Lommen, A., & Brown, B. (2015). Experiential perceptions of relactation: A phenomenological study. *Journal of Human Lactation*, *31*(3), 498–503.
- Marshall, J. L., Godfrey, M., & Renfrew, M. J. (2007). Being a “good mother”: Managing breastfeeding and merging identities. *Social Science and Medicine*, *65*, 2147–2159.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017a). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia: Boletín número 18* [Bulletin of statistical data on

- child protection measures: Bulletin number 18]. Retrieved from <http://www.msc.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/pdf/Boletinproteccionalinfancia18accesible.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017b). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2017* [Annual Report of the National Health System 2017]. Retrieved from <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
- Noel-Weiss, S., Boersma, L., & Kujawa-Myles, S. (2012). Questioning current definitions for breastfeeding research. *International Breastfeeding Journal*, 7(9), 1–4.
- Percy, W. H., Kostere, K., & Kostere, S. (2015). Generic Qualitative Research in Psychology. *The Qualitative Report*, 20(2), 76–85.
- Ramiro, M. D., Ortíz, H., Arana, C., Esparza, M. J., Cortés, O., Terol, M., & Ordobás, M. (2017). Prevalence of breastfeeding and factors associated with the start and duration of exclusive breastfeeding in the Community of Madrid among participants in the ELOIN. *Anales de Pediatría*, 89(1), 32–43.
- Renate, M. K. (2014). Generic qualitative approaches: Pitfalls and benefits of methodological mixology. *International Journal of Qualitative Methods*, 13, 37–52.
- Saari, Z., & Farahwahida, Y. (2014). Induced lactation by adoptive mothers: A case study. *Jurnal Teknologi*, 68(1), 123–132.
- Sabatini, R., & Cagiano, R. (2006). Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception*, 74(3), 220–223.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23, 334–340.
- Schmied, V., & Lupton, D. (2001). Blurring the boundaries: Breastfeeding and maternal subjectivity. *Sociology Health Illness Journal*, 23(2), 234–250.
- Scientific Software Development GmbH. (2015). Atlas ti Qualitative Data Analysis (Version 7.5.7). [Computer software]. Retrieved from <http://www.atlasti.com>
- Shiva, M., Frotan, M., Arabipoor, A., & Mirzaaga, E. (2010). A successful induction of lactation in surrogate pregnancy with metoclopramide and review of lactation induction. *International Journal of Fertility and Sterility*, 3(4), 191–194.
- Szucs, K., Axline, S. E., & Rosenman, M. B. (2010). Induced lactation and exclusive breast milk feeding of adopted premature twins. *Journal of Human Lactation*, 26, 309–313.
- Thearle, M. J., & Weissenberger, R. (1984). Induced lactation in adoptive mothers. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24, 283–286.
- Williams, K., Kurz, T., Summers, M., & Crabb, S. (2012). Discursive constructions of infant feeding: The dilemma of mothers' guilt. *Feminism & Psychology*, 23(3), 339–358.
- Wilson, E., Perrin, M. T., Fogleman, A., & Chetwynd, E. (2015). The intricacies of induced lactation for same-sex mothers of an adopted child. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 64–67.
- Wittig, L. S., & Spatz, L. D. (2008). Induced lactation. Gaining a better understanding. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 33(2), 76–81.
- World Health Organization. (1998). *Relactation: Review of experience and recommendations for practice*. Retrieved from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_chs_cah_98_14/en/
- World Health Organization (2017). *10 facts on breastfeeding*. Retrieved from <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>

ARTÍCULO 4

Cazorla-Ortiz, G., Obregón-Gutiérrez, N., Goberna-Tricas, J. La inducción de la lactancia en madres que no han dado a luz: Un desafío para las matronas ante nuevas demandas. *Matronas profesión. (galeradas/en prensa)*.

La inducción de la lactancia en madres que no han dado a luz: un desafío para las matronas ante nuevas demandas

The induction of lactation in mothers who have not given birth: a challenge for midwives in the face of new demands

Gemma Cazorla-Ortiz^{1,2}, Noemí Obregón-Gutiérrez², Josefina Goberna-Tricas¹

¹Departamento de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. ADHUC-Centre de Recerca Teoria, Gènere, Sexualitat. Universitat de Barcelona. ²Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

RESUMEN

Objetivo: Conocer las demandas que dirigen a las matronas las mujeres que han pasado por un proceso de inducción de la lactancia o relactación en España, así como profundizar en los sentimientos que pueden presentar estas mujeres.

Métodos: Estudio cualitativo fenomenológico. Se realizaron entrevistas en profundidad a 9 mujeres españolas que habían pasado por un proceso de inducción de la lactancia materna o relactación entre los años 2000 y 2015. Después de transcribir las entrevistas, los datos fueron interpretados mediante análisis de contenido con la ayuda del programa Atlas.ti versión 7.5.7.

Resultados: Se desprenden demandas de información, seguimiento y apoyo durante el proceso. La mayoría de las mujeres no recibió seguimiento por parte de los profesionales sanitarios, quienes mostraron desconocimiento o poca confianza en el proceso y en su éxito. El apoyo recibido vino fundamentalmente por parte de sus parejas. Esta falta de apoyo profesional se tradujo en sentimientos de soledad y vulnerabilidad entre las participantes. Los foros sobre lactancia en internet, las experiencias en la red de otras madres que habían pasado por el mismo proceso y los grupos de lactancia fueron la fuente principal de información para poder realizar los procesos.

Conclusiones: Para dar respuesta a la demanda de información, seguimiento y apoyo durante el proceso de inducción de la lactancia y relactación es necesario incluir dichos contenidos en la formación de matronas y otros profesionales sanitarios. Dando respuesta a estas demandas, se podrán evitar situaciones de soledad y vulnerabilidad entre las mujeres que deciden pasar por estos procesos, así como mejorar los índices de lactancia materna.

©2022 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Lactancia inducida, relactación, vulnerabilidad, adopción, subrogación, pareja de mujeres.

ABSTRACT

Objective: To know what are the demands that women who have undergone a process of induction of lactation or relactation direct to midwives, as well as to delve into the feels that these women may present.

Methods: Qualitative phenomenological study. In-depth interviews were conducted with nine Spanish women who had undergone an induction of lactation or relactation between 2000 and 2015 in case of adoption, surrogacy or in female couples. After transcribing the interviews, the data were analyzed by content analysis with the help of Atlas.ti version 7.5.7 program.

Results: The women interviewed expressed demands for information, follow-up and support during the process. Most of the women were not followed up by health professionals, since they showed ignorance or little confidence in the process and its success. The women state that the support, received which was mainly from their partners. This lack of professional support translated into feelings of loneliness and vulnerability among the participants. The forums on breastfeeding on the Internet, experiences in the network of other mothers who had gone through the process and the breastfeeding groups were the main source of information to be able to carry out the processes of induction of lactation and relactation.

Conclusions: It is necessary to include both processes, induction of lactation and relactation, in the training of midwives and other health professionals to avoid situations of loneliness and vulnerability of women who decide to go through these processes.

©2022 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Induced lactation, relactation, vulnerability, adoption, subrogation, female couple.

Introducción

La leche materna es el alimento ideal para los recién nacidos¹. Se ha puesto de manifiesto la necesidad mostrada por algunas mujeres de recibir mayor apoyo por parte de las matronas y otros profesionales sanitarios durante el periodo posnatal, con el fin de que la lactancia sea exitosa².

La lactancia materna se establece espontáneamente después del parto, pero las mujeres que son madres de un recién nacido sin haber pasado por un embarazo pueden inducir la lactancia materna y, de esta forma, alimentar a sus hijos adoptados³ subrogados⁴ o engendrados por su pareja mujer^{5,6}. Si ya habían amamantado previamente, hablamos de relactación⁷.

Financiación: este estudio se inscribe en el Proyecto de investigación VULFIL (ref. PGC2018-094463-B-100; MCIU/AEI/FEDER, UE), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, y contribuye al Proyecto europeo DEVOTION COST ACTION CA18211.

Fecha de recepción: 16/12/2020. **Fecha de aceptación:** 8/06/2021.

Correspondencia: Josefina Goberna-Tricas. ADHUC. Universitat de Barcelona. Gran Via de les Corts Catalanes, 585. 08007 Barcelona.

Correo electrónico: jgobernat@ub.edu

Actualmente, en España conviven diversas formas familiares: familias heterosexuales, homosexuales, monoparentales, reconstruidas o creadas con una nueva pareja, homosexual o heterosexual, con o sin hijos de relaciones anteriores, etc. Ante esta pluralidad de formas familiares, los hijos pueden ser biológicos, adoptados o incluso subrogados, es decir, gestados por otras mujeres con o sin material genético de los futuros padres/madres^{8,9}. Los contratos de gestación subrogada son legalmente nulos en España, pero es ampliamente conocida la inscripción de recién nacidos por este método en países donde la subrogación es legal, cuestión que ha generado un amplio debate social en nuestro país.

En el estudio de Auberbach y Avery¹⁰, una de las principales razones por las que 240 madres de hijos adoptivos decidieron inducir la lactancia materna fue fomentar el vínculo materno-filial. Ello también se observa en el estudio de Flores-Antón et al.¹¹. El contacto, el olor, el habla y la mirada son estímulos que se producen durante la lactancia y están implicados en la formación del vínculo entre madre e hijo. Una de las pautas de conducta que más facilitan la creación de vínculo es el acercamiento y succión del pecho^{12,13}.

La inducción de la lactancia materna puede realizarse con métodos farmacológicos: a través de fármacos galactogogos (p. ej., metoclopramida, domperidona, sulpirida o clorpromazina) para aumentar los niveles de prolactina en la mujer y la producción de leche, y mediante tratamiento hormonal (estrógenos y progesterona) para crear un estado similar al de la gestación¹⁴⁻¹⁶. También puede realizarse sólo con métodos no farmacológicos: estimulación frecuente de pezones y pechos, manual o con sacaleches, o mediante la ingesta de infusiones, como el fenogreco y el Blessed Thistle, con reputación como galactogogos¹⁴. Tanto si se utilizan métodos farmacológicos como no farmacológicos, o ambos, el éxito de la inducción de la lactancia está relacionado con la motivación materna, la actitud positiva, la estimulación frecuente de los pechos, la succión y el apoyo por parte de la pareja y la familia y del personal sanitario^{5,17}. La lactancia materna es, además, un símbolo de identidad maternal, que permite seguir con la conectividad y la intimidad entre madre e hijo que se establece durante el embarazo¹⁸⁻²¹.

Ahora los ciudadanos son más autónomos en sus decisiones sobre temas de salud, lo cual es atribuible a una mejor alfabetización sanitaria y a la adquisición de mayores habilidades informáticas, al fácil acceso a la información y al empoderamiento de las personas para asumir un papel de liderazgo en la autogestión²². Por tanto, aunque una madre no haya pasado por el proceso de gestación y parto, puede decidir que desea amamantar a su hijo. Las intervenciones por parte de las matronas para aumentar el conocimiento de estas mujeres sobre la lactancia materna y el apoyo familiar están relacionadas con un aumento de los índices de este tipo de lactancia²³. Sin embargo, no es frecuente que las matronas y otros profesionales dispongan de información precisa cuando se trata de una inducción de la lactancia materna en mujeres que no han dado a luz, por lo que suelen sentirse inseguros ante dichas situaciones²⁴.

Por ello, en este trabajo queremos conocer cuáles son las demandas que dirigen a las matronas las mujeres que han pasado por un proceso de inducción de la lactancia o relactación en España, así como profundizar en los sentimientos que pueden presentar estas mujeres.

Metodología

Se llevó a cabo una investigación cualitativa fenomenológica, con el objetivo de conocer las demandas hacia las matronas por parte de las mujeres que no han pasado por un proceso de parto y dan lactancia materna a sus hijos mediante inducción de la lactancia o relactación. Las demandas de estas mujeres derivan de las experiencias vividas, e implican la conciencia inmediata y prerreflexiva de la vida. La fenomenología permite el estudio riguroso e imparcial de éstas, una comprensión de la conciencia y la experiencia humana y, por tanto, conocer el fenómeno tal como lo han vivido y sentido las participantes²⁵.

Muestra

La muestra estuvo compuesta por mujeres que vivían en España y habían pasado, o estaban pasando en el momento del estudio, por un proceso de inducción de la lactancia materna o relactación en casos de adopción, subrogación y parejas del mismo sexo. La muestra estuvo compuesta por 9 mujeres de 33-53 años que habían realizado por primera vez un proceso de lactancia materna entre los años 2000 y 2015. Todas eran mayores de 18 años y sus perfiles sociodemográficos se describen en la tabla 1.

Para identificar a la primera participante, se contactó con grupos de apoyo a la lactancia materna y con asesoras de lactancia. Después del primer contacto con esta participante, se identificó al resto por el método de bola de nieve.

El contacto inicial con las mujeres fue a través de un correo electrónico, en el que se adjuntaban información del estudio y un documento de consentimiento para participar, mediante el que se garantizaba la confidencialidad de los datos, así como el compromiso de mantenerlas informadas durante todo el proceso de estudio. Tras recibir sus respuestas con los documentos de consentimiento cumplimentados y firmados, se concretó una cita para realizar la entrevista.

Recogida de datos

Los datos se recogieron a través de entrevistas en profundidad con preguntas abiertas²⁶. Se usó un guion con preguntas-estímulo para profundizar en el tema propuesto (tabla 2).

Las entrevistas duraron entre 40 y 90 minutos. Cinco se realizaron de manera presencial, en un lugar cómodo elegido por las participantes, y cuatro por videoconferencia desde sus casas, ya que las participantes se encontraban alejadas de la región en la que vivía la investigadora que realizaba la entrevista. A este respecto, cabe señalar que la videoconferencia se considera un método viable de recogida de datos en metodología cualitativa²⁷. Las entrevistas se grabaron para su posterior transcripción.

Análisis de los datos

Durante todo el estudio se ha mantenido el anonimato de las participantes sustituyendo sus nombres reales por la letra «P» de «participante» seguida de un número (P1-P9).

Tras la transcripción, se realizó un análisis de contenido de acuerdo con los criterios propuestos por Taylor y Bogdan²⁸. En primer lugar, la fase de descubrimiento o preanálisis, en la que, después de una relectura de los datos, se procedió a una identificación preliminar de temas emergentes. En segundo lugar, se pasó a la codificación, para lo cual se procedió a una

Tabla 1. Características de las participantes

Número de participantes	Edad (años)	Maternidad sin gestación	Embarazo anterior	Lactancia anterior	Métodos utilizados	Tipo de lactancia	Asesoramiento en la lactancia	Edad del niño/a al inicio de la lactancia	Edad del niño/a al finalizar la lactancia
1	29	Adopción	Sí	Sí	Hormonas Galactogogos Estimulación	Mixta	Ninguno	12 semanas	13 meses
2	36	Pareja de 2 mujeres	No	No	Galactogogos Estimulación	Exclusiva	Enfermera	6 semanas	7 meses
3	38	Adopción	Sí	Sí	Galactogogos Estimulación	Mixta	Asesora de lactancia	8 días	4 años
4	36	Adopción	Aborto de segundo trimestre	No	Galactogogos Estimulación	Exclusiva	Enfermera Asesora de lactancia	4 días	4 años
5	37	Subrogación	No	No	Hormonas Galactogogos Estimulación	Mixta	Médico	Al nacimiento	6 meses
6	30	Pareja de 2 mujeres	No	No	Hormonas Galactogogos Estimulación	Exclusiva	Matrona Asesora de lactancia	Al nacimiento	15 meses
7	28	Pareja de 2 mujeres	No	No	Hormonas Galactogogos Estimulación	Mixta	Matrona Asesora de lactancia	Al nacimiento	4 meses
8	32	Subrogación	No	No	Hormonas Galactogogos Estimulación	Mixta	Ninguno	Al nacimiento	10 meses
9	38	Subrogación	Aborto de primer trimestre	No	Hormonas Galactogogos Estimulación	Mixta	Asesora de lactancia	1 mes	1,5 meses

segmentación del texto; los descriptores originales se han dividido en unidades, que se han transformado en significados, y éstos han permitido describir la experiencia de las participantes²⁵; posteriormente se comprobaron los datos sobrantes y se refinó el análisis, a la vista del conjunto. Finalmente, en la tercera fase, se procedió a una relativización de los datos con-

frontándolos con el contexto en el que se habían obtenido para crear un marco explicativo. En ese momento se procedió a concretar las demandas hacia las matronas, tanto a partir de las manifestaciones explícitas como desde las vivencias y sentimientos manifestados. Para asegurar la calidad de los resultados, los códigos y categorías que surgieron fueron discutidos entre las investigadoras de este estudio, hasta llegar al consenso. Para el análisis de los datos se utilizó el programa Atlas.ti versión 7.5.7.

Tabla 2. Guion de la entrevista

1. Explicame cómo se desarrolló el proceso de inducción de la lactancia. ¿Encontraste dificultades? ¿Cómo te enteraste de que era posible?
2. ¿Cuáles fueron tus fuentes de información?
3. ¿Cuál fue tu relación con los profesionales sanitarios durante la inducción de la lactancia? ¿Con qué profesionales te relacionaste?
4. ¿Qué echaste de menos por parte de los profesionales sanitarios?
5. ¿Te encontraste con algún problema durante el proceso de inducción de la lactancia? ¿Cómo lo resolviste?
6. ¿Te sentiste apoyada durante el proceso?
7. ¿Cuál fue tu vivencia global del proceso? Describe tus sentimientos y vivencias a lo largo del proceso

Aspectos éticos

La comisión de bioética de la Universidad de Barcelona dio su aprobación al proyecto (ref. IRB00003099); asimismo, se facilitó información y se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todas las mujeres participantes.

Resultados

El análisis de los datos ha permitido la construcción de diferentes categorías relacionadas con las demandas realizadas a las matronas que dan cuenta de los aspectos relacionados con las necesidades de información y asesoramiento, así como de las demandas de soporte y acompañamiento. Se han constatado situaciones de soledad y vulnerabilidad percibidas.

Información: internet y grupos de lactancia como fuente principal de información

Las mujeres entrevistadas, en su mayoría, no encontraron respuesta a su demanda de información sobre el proceso de inducción de la lactancia y/o relactación en el sistema sanitario en general y en las matronas en particular. Esta falta de información profesional fue suplida a través de internet y grupos de lactancia. Una de las fuentes más habituales por la que las mujeres entrevistadas se informaron de la posibilidad de inducir la lactancia fue a través de foros en internet o experiencias en la red de madres que ya habían pasado por el proceso, o a través de grupos de apoyo a la lactancia a los que tuvieron acceso las mujeres:

«Estuve en contacto con una asesora de lactancia que creó un grupo de WhatsApp en el que estábamos todas las futuras madres que nos estábamos induciendo la lactancia. Ella nos resolvía por ahí todas las dudas» (P-9).

Sólo 2 de las mujeres entrevistadas dejaron constancia de la información obtenida desde fuentes sanitarias:

«Miré la Asociación Española de Pediatría; entonces encontré una monografía y algún bloque directamente de alguien explicándolo» (P-5).

Todas las participantes, excepto una que realizó la inducción de la lactancia cuando no era habitual el uso de internet, habían obtenido información por esta vía y contactado también por este medio con mujeres que habían pasado por dicho proceso y con grupos de apoyo:

«[...] Por internet fui mirando sobre grupos (la Liga de la Leche) y en Áriz, ahí encontré dos asesoras» (P-6).

«[...] Y busqué por internet unas asesoras de lactancia [...] y encontré un grupo de apoyo en Móstoles, que es donde yo vivo, y ahí ya encontré dos asesoras [estas asesoras ya habían asesorado a otras madres que habían pasado por el mismo proceso y las pusieron en contacto]» (P-4).

Demandas directas a matronas y profesionales sanitarios

Sólo 2 de las 9 participantes contaron con información y asesoramiento para inducir la lactancia materna a través de los profesionales sanitarios. En un caso, la matrona que atendía a la pareja fue quien informó sobre la posibilidad de inducir la lactancia; en el otro caso, fue la enfermera de pediatría quien, cuando la hija tenía un mes y medio, informó sobre la posibilidad de inducir la lactancia materna coincidiendo con la repetición de los potenciales auditivos:

«[...] La enfermera asumió que yo era la madre [...] y empezó a decirme: ¡ah!, pues si quieres dar el pecho, porque puedes darlo, te puedo enseñar [...]» (P-2).

De las mujeres entrevistadas, 3 recibieron seguimiento durante todo el proceso por parte de los profesionales sanitarios, pero sólo 1 se sintió realmente apoyada en su decisión y a lo

largo del proceso. Las otras sintieron que la información y el apoyo recibido por parte de matronas, enfermeras y médicos fueron inadecuados, motivo por el cual –como se ha comentado– tuvieron que recurrir a grupos de lactancia y a internet.

En algunos casos se cuestionó por parte de los profesionales sanitarios el hecho de inducir la lactancia materna diciendo a las mujeres que no lo veían necesario o, incluso, que no sabían si sería bueno:

«Eso no se puede hacer, eso no puede ser bueno» (P-7).

La mayor de las demandas: necesidad de apoyo

En todas las mujeres, el apoyo fue imprescindible para poder pasar por el proceso de la inducción de la lactancia. Todas coinciden en que no recibieron el mismo apoyo que las mujeres que amamantan a sus hijos tras una gestación:

«Recuerdo la frase: “No vas a lactar ni a una hormiga” [...] encontré aquella una idea insensata» (P-1).

Este apoyo vino básicamente por parte de la pareja. Una de las participantes consideró que las matronas y otros profesionales deberían tener más conocimientos sobre las nuevas formas de familia y la posibilidad de la inducción de la lactancia en estos casos, ya que ella fue madre gracias al embarazo de su pareja y ningún profesional la informó sobre la posibilidad de poder dar el pecho a su hijo, al igual que a su pareja mujer:

«¿Que si echo en falta algo? Pues sería más formación para personas profesionales, en cosas de pareja, de saber: eso es posible, es positivo y las dos podéis hacerlo, de promoverlo, que, por qué no, que viene muy bien, es un vínculo afectivo, sería genial que más personas profesionales lo promovieran» (P-2).

«Si tuviese que decir algo de lo que se echa en falta, en general, en los profesionales en este ámbito es formación y conocimiento. Porque he encontrado tantas veces a madres que te dicen: “¿Se podría haber hecho?”. Y sí, claro, si alguien se lo hubiese dicho...» (P-1).

Sólo 1 de las participantes se sintió satisfecha con el apoyo profesional durante todo el proceso de la inducción de la lactancia:

«Me comunicaba con mi ginecólogo por teléfono y por correo durante todo el proceso» (P-5).

El resto de las mujeres del estudio coinciden en la falta de conocimientos y apoyo por parte de matronas, enfermeras y médicos. Siete de las 9 participantes tuvieron dificultades durante la lactancia materna (grietas, perlas de leche, zonas endurecidas, problemas de succión por parte del niño y obstrucción de conductos), pero sólo 3 de ellas acudieron al sistema sanitario y el resto lo resolvieron con asesoras de lactancia:

«Cada dos por tres se me obstruía un conducto. Las asesoras de lactancia me enseñaron diferentes posiciones para lactar y drenar las zonas obstruidas» (P-8).

Demandas emocionales ante un camino en solitario: sentirse vulnerable

Las mujeres entrevistadas realizaron en soledad el trayecto hacia la inducción de la lactancia o relactación. La falta de apoyo es una de las cuestiones más repetidas en las entrevistas; por ello, se sintieron vulnerables ante la presión social y la falta de apoyo de algunos familiares y, fundamentalmente, de los profesionales:

«Al principio pensaban: “Pero, ¿qué está haciendo?”. Después, cuando lo conseguí, pensaban: “Pero, ¿esa leche será buena?”» (P-4).

«Mucha gente, amigos, me dijeron: “¿Tú sabes que serás buena madre igualmente incluso si no das el pecho?”. Veían aquello una complicación enorme» (P-9).

El sentimiento de soledad fue común en todos los casos:

«Me puse las pilas de todas todas [...] yo sola me tenía que espabilar». (P-X).

Las mujeres han pasado de la ilusión a la frustración durante el proceso, debido a la dureza que supone seguir con los métodos para producir leche, a la lentitud en observar resultados y a la soledad. Sin embargo, todos los sentimientos negativos se olvidaron en el momento en que se logró producir leche e iniciar la lactancia materna:

«Pues durante el proceso, pensamientos al principio de “madre mía dónde me he metido” que aquí no sale nada, y luego, cuando ya empecé a ver leche, dije: “Esto es una pasada, ¡cómo puedo producir leche!”. Esto es como el que se mete al mar a nadar: ¡ya estás aquí y no vas a ir para atrás!» (P-4).

Discusión

En nuestro estudio, cuando las participantes no encontraron la ayuda que esperaban de los profesionales sanitarios, la buscaron en internet, con el riesgo que ello implicaba, ya que sin un asesoramiento profesional detrás se pueden llegar a establecer conclusiones inapropiadas²⁹. El acceso a la información a través de las nuevas tecnologías actualmente es una realidad. Las páginas web de instituciones académicas o de salud contienen una información fiable, pero hay una gran cantidad de páginas web sobre cuestiones relacionadas con el embarazo, el parto y el periodo posnatal con contenidos de poca calidad³⁰.

Uno de los factores asociados al éxito de la lactancia materna es el apoyo profesional. Según Nemba³¹, conseguir motivación por parte de la madre es fundamental ya que si está motivada, confía en sí misma y tiene conocimientos sobre el proceso de inducción, tiene más posibilidades de éxito. Esto mismo lo han confirmado otros autores, que reconocen que uno de los principales factores de éxito en la inducción de la lactancia materna fue el apoyo y motivación que recibió la madre, tanto por parte de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y matronas) como de quienes actuaban como educadores, guías y consejeros, informando sobre los diferentes métodos para inducir la lactancia, teniendo en cuenta siempre las prioridades particulares de cada mujer y las diferentes configuraciones familiares³²⁻³⁴.

Si existe apoyo profesional durante la lactancia materna, aumenta la duración de ésta³⁵. Para que este apoyo sea efectivo, debe ofrecerse de manera estandarizada por personal capacitado durante la atención prenatal o posnatal, de manera continuada y adaptada al entorno y las necesidades de cada persona. El soporte puede ser ofrecido, además de por profesionales sanitarios, por personas que lo apoyan³⁶. En el caso de la lactancia materna, el apoyo profesional a menudo es compartido con el soporte por parte de las asesoras en lactancia materna. Una relación interdisciplinaria en los casos de inducción de la lactancia materna o relactación entre asesoras de lactancia y matronas aumentaría las tasas de lactancia materna^{37,38}. En la mayoría de los procesos sobre inducción de la lactancia materna o relactación, el apoyo que deberían haber ofrecido los profesionales sanitarios ha sido suplido por la pareja, familiares y amigos³⁹⁻⁴¹.

La matrona es el profesional con una formación específica y amplia en lactancia materna y, por tanto, la persona idónea para facilitar la información, seguimiento y apoyo de cualquier proceso relacionado. La formación en lactancia materna recibida durante el programa formativo (en el ámbito español, europeo e internacional) está relacionada fundamentalmente con la fisiología del posparto, pero no suele darse formación específica sobre casos de inducción de la lactancia o la relactación⁴².

En diversos procesos de inducción de la lactancia materna las mujeres han manifestado sentimientos de soledad y vulnerabilidad^{43,44}. Estos sentimientos negativos vividos por todas las participantes en algún momento del proceso repercuten en el éxito de la lactancia materna, ya que están relacionados con problemas tanto en el inicio como en la continuidad y la exclusividad de la misma⁴⁵. Por ello, el soporte emocional por parte de la matrona es indispensable.

Al tratarse de una situación poco habitual que suele realizarse al margen del sistema sanitario, el proceso de estudio implicó la realización de un número limitado de entrevistas en profundidad, a pesar del largo periodo de reclutamiento de las mujeres. Asimismo, cabe tener en cuenta que, al tratarse de un estudio cualitativo exploratorio, se pretende profundizar en un tema poco conocido, pero, dada la naturaleza de la investigación cualitativa, no es posible realizar una generalización de los datos obtenidos.

Conclusiones

Para dar respuesta a la demanda de información, seguimiento y apoyo durante el proceso de inducción de la lactancia y relactación, es fundamental la implicación de la matrona como profesional de referencia. Existe poca formación acerca de este tema, tanto en las matronas como en otros profesionales sanitarios, por lo que sería conveniente incluirla en los diversos programas educativos. Asimismo, sería muy necesario estimular la formación continuada de matronas y otros profesionales sanitarios, con el fin de contribuir a aumentar el éxito de la lactancia materna en los recién nacidos, tanto desde una perspectiva nutritiva como, fundamentalmente, para favorecer el vínculo materno. Por otro lado, es necesario trabajar las actitudes y los aspectos éticos relacionados con el soporte a las mujeres en estas situaciones para evitar los sentimientos de soledad y vulnerabilidad expresados por ellas. También consideramos necesaria la implicación de las matronas en la generación de páginas web y en el asesoramiento de las que contienen información contrastada.

Agradecimientos

A todas las mujeres que han participado en el estudio facilitándonos la narración de sus vivencias y experiencias.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization (2017). 10 facts on breastfeeding. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
- Chuisano SA, Anderson OS. Assessing application-based breastfeeding education for physicians and nurses: a scoping review. *J Hum Lact.* 2019; 1-11.
- Szucs K, Axline SE, Rosenman MB. Induced lactation in adoptive and exclusive breast milk feeding adopted premature twins. *J Hum Lact.* 2010; 26: 309-11.
- Banapurmath CR, Banapurmath S, Kesaree N. Successfully induced non-puerperal lactation in surrogate mothers. *Ind J Pediatr.* 1993; 60(5): 639-43.
- Saari Z, Farahwahida Y. Induced lactation by adoptive mothers: a case study. *Jurnal Teknologi.* 2014; 68(1): 123-32.
- Wilson E, Perrin MT, Fogleman A, Chetwynd E. The intricacies of induced lactation for same-sex mothers of an adopted child. *J Hum Lact.* 2015; 31(1): 64-7.
- World Health Organization. Relactation: review of experience and recommendations for practice. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_chs_cah_98_14/en/
- Ruiz S, Martín C. Nuevas formas de familia, viejas políticas familiares. Más familias monomarentales. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas.* 2012; 1-33.
- Abolafo E, Rubio MJ. Adopción y parejas de hecho. Universidad de Huelva Portularia. 2004; 4: 231-40.
- Auberbach KG, Avery JL. Induced lactation: a study of adoptive nursing by 240 women. *Am J Dis Child.* 1981; 135(4): 340-3.
- Flores-Antón B, García-Lara N, Pallás-Alonso CR. An adoptive mother who became a human milk donor. *J Hum Lact.* 2017; 33(2): 419-21.
- Da Rosa R, Espindola F, Liceski B, Monticelli M, Rodrigues E, Martins NM. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010; 14(1): 105-12.
- Bowlby J. La teoría del vínculo. Barcelona: Paidós Ibérica; 1993.
- Wittig LS, Spatz LD. Induced lactation. Gaining a better understanding. *Int Lact Consult.* 2008; 33(2): 76-81.
- Saari Z, Farahwahida Y. Induced lactation by adoptive mothers: a case study. *J Teknol.* 2014; 68(1): 123-32.
- Mahon E, Cotter N. Assisted reproductive technology-IVF treatment in Ireland: a study of couples with successful outcomes. *Hum Fertil (Camb).* 2014; 17(3): 165-9.
- Cazorla-Ortiz G, Obregón-Gutiérrez N, Rozas-García MR, Goberna-Tricas J. Methods and success factors of induced lactation: a scoping review. *J Hum Lact.* 2020; 36(4): 739-49.
- Schmied V, Lupton D. Blurring the boundaries: breastfeeding and maternal subjectivity. *Social Heal Illn.* 2001; 23(2): 234-50.
- Da Rocha S, Meneses IM, Nazareth IV. Narratives of lives of women who breastfed their adoptive children. *Rev Rene.* 2014; 15(2): 249-56.
- Marshall JL, Godfrey M, Renfrew MJ. Being a «good mother»: managing breastfeeding and merging identities. *Soc Sci Med.* 2007; 65: 2.147-59.
- Williams K, Kurz T, Summers M, Crabb S. Discursive constructions of infant feeding: the dilemma of mothers' guilt. *Feminism & Psychology.* 2012; 23(3): 339-58.
- McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: how this affects the patient-health professional relationship. *Patient Educ Couns.* 2006; 63(1-2): 24-8.
- Chetwynd EM, Wasser HM, Poole C. Breastfeeding support interventions by international board certified lactation consultants: a systematic review and meta-analysis. *J Hum Lact.* 2019; 35(3): 424-40.
- Cazorla-Ortiz G, Galbany-Estragués P, Obregón-Gutiérrez N, Goberna-Tricas J. Understanding the challenges of induction of lactation and relactation for non-gestating Spanish mothers. *J Hum Lact.* 2020; 36(3): 528-536.
- Dowling M. From Husserl to Van Manen. A review of different phenomenological approaches. *Int J Nurs Stud.* 2007; 44(1): 131-42.
- Kallio H, Pietilä AM, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *J Adv Nurs.* 2016; 72(12): 2.954-65.
- Matthew D, Dibbs RA. Researching from a distance: using live web conferencing to mediate data collection. *Int J Qual Methods.* 2012; 11(3): 292-302.
- Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos*, 3.ª ed. Barcelona: Paidós; 2000.
- Hartzband P, Groopman J. Untangling the web: patients, doctors, and the internet. *N Engl J Med.* 2015; 362(12): 1.063-6.
- Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Villanueva G; Ena Q Group. An evaluation of Spanish and English on-line information sources regarding pregnancy, birth and the postnatal period. *Midwifery.* 2018; 18: 19-26.
- Nemba K. Induced lactation: a study of 37 non-puerperal mothers. *J Trop Pediatr.* 1994; 40(4): 240-2.
- Szucs KA, Axline SE, Rosenman MB. Induced lactation and exclusive breast milk feeding of adopted premature twins. *J Hum Lact.* 2010; 26(3): 309-13.
- Da Rocha S, Meneses IM, Nazareth IV. Narrative of lives of women who breastfed their adoptive children. *Rev Rene.* 2014; 15(2): 249-56.
- Wilson E, Perrin MT, Fogleman A, Chetwynd E. The intricacies of induced lactation for same-sex mothers of an adopted child. *J Hum Lact.* 2015; 31(1): 64-7.
- World Health Organization. Infant and young child feeding. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- McFadden A, Vine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 2 [DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5].
- Anstey EH, Coulter M, Jecitt CM, Perrin KM, Dabrow S, Klasko-Foster LB, et al. Lactation consultants' perceived barriers to providing professional breastfeeding support. *J Hum Lact.* 2018; 34(1): 51-67.
- Lommen A, Brown B. Experiential perceptions of relactation: a phenomenological study. *J Hum Lact.* 2015; 31(3): 498-503.
- Gribble KD. Mother to mother support for women breastfeeding in unusual circumstances: a new method for an old model. *Breastfeed Rev.* 2001; 9(3): 13-9.
- Kirkman M, Kirkman L. Inducing lactation: a personal account after gestational «surrogate motherhood» between sisters. *Breastfeed Rev.* 2001; 9(3): 5-11.
- Farhadi R, Philip RK. Induction of lactation in the biological mother after gestational surrogacy of twins: a novel approach and review of literature. *Breastfeed Med.* 2017; 12(6): 373-6.
- Fernández E, Gómez MM, Pérez A, Onieva MD, Parra ML, Beneit JV. Análisis de la definición de la matrona, acceso a la formación y programa formativo de este profesional de la salud a nivel internacional, europeo y español. *Educ Med.* 2017; 19 Supl 3: 360-5.
- Hawke L, Falloon M, Parsons S. «Adopted, embraced and nurtured». *Nurs N Z.* 2005; 11(1): 18-20.
- Shiva M, Frotan M, Arabipoor A, Mirzaaga E. A successful induction of lactation in surrogate pregnancy with metoclopramide and review of lactation induction. *Int J Fertil Steril.* 2010; 3(4): 191-4.
- Adedinsewo AD, Fleming AS, Steiner M, Meane MJ, Girard AW; MAVAN team. Maternal anxiety and breastfeeding: findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) Study. *J Hum Lact.* 2014; 30(1): 102-9.

DISCUSIÓN

“No hay necesidad de apresurarse. No hay necesidad de brillar. No es necesario ser nadie más que uno mismo” (Virginia Wolf)

DISCUSIÓN

La revisión panorámica (o scoping review) realizada para dar respuesta al primer objetivo de la tesis (describir cuáles son los métodos que se utilizan para inducir la lactancia materna y cuáles son los factores de éxito del proceso de inducción de la lactancia materna en caso de adopción, subrogación y en parejas de dos mujeres) defienden que el apoyo externo es imprescindible para lograr finalizar un proceso de inducción de la lactancia materna. Al igual que en otros estudios en los que las madres pasan por un proceso de inducción de la lactancia materna o relactación y, a pesar de que el apoyo externo es imprescindible, no siempre ha sido posible ni ha venido por parte de los profesionales sanitarios, que han mostrado no estar familiarizados con estos procesos (Saari & Farahwahida, 2014).

Las intervenciones por parte de las matronas y de las asesoras de lactancia para aumentar el conocimiento materno sobre la lactancia materna están relacionadas con un aumento de los índices de lactancia materna (Chetwynd et al., 2019). Estas intervenciones incluyen el apoyo por parte de profesionales de la salud capacitados, que se adapten a las necesidades individuales de las mujeres y que el apoyo sea presencial (Mc Fadden et al., 2017). Sin embargo, en el estudio cualitativo realizado en el marco de la tesis, las mujeres han manifestado que no es frecuente que matronas y otros profesionales sanitarios dispongan de información precisa cuando se trata de una inducción de la lactancia materna y parecen sentirse inseguros cuando se les hacen demandas sobre este proceso. Y finalmente, el apoyo básicamente ha sido por parte de familiares, amigos y pareja.

Por todo ello queda de manifiesto que la lactancia materna previa puede facilitar producir leche después de un proceso de inducción de la lactancia materna pero no es imprescindible. Hay artículos incluidos en la scoping review realizada que defienden que la lactancia materna previa es un factor de éxito para llegar a producir leche después de la inducción de la

lactancia materna, y otros artículos en los que la lactancia materna previa no ha sido un factor facilitador del proceso. Dos Santos et al., (2015), sugiere que el embarazo es el mayor modulador de la glándula mamaria y las células de esta glándula retienen memoria que facilitan futuras lactancias. En el estudio cualitativo realizado a mujeres españolas que pasan por un proceso de inducción de la lactancia materna, una de las participantes no tenía una lactancia previa pero sí una gestación que finalizó en el segundo trimestre, sin posibilidad de lactancia materna. En este caso, a través de la inducción de la lactancia materna, se consiguió una lactancia materna exclusiva debido al desarrollo previo de la glándula mamaria.

Existen diferencias tanto en relación a los métodos para inducir la lactancia materna como en los motivos para inducir la lactancia materna dependiendo del lugar en el que se produce el proceso de inducción de la lactancia materna: en un país occidental o en un país no occidental (Rahim et al., 2017). Las madres en los países no occidentales generalmente tienen mayor conocimiento sobre la lactancia materna, un patrón de lactancia sin restricciones, con frecuente succión del pecho y por lo tanto, niveles más elevados de prolactina, un mayor contacto entre madre e hijo o hija, experiencias previas en lactancia materna, una mejor interpretación del comportamiento del niño o niña, lactancias sin interferencias con tetinas y chupetes, y apoyo de la comunidad, ya que la inducción de la lactancia materna en ocasiones es la única posibilidad de supervivencia. Estos factores explicarían las diferencias en los casos de inducción de la lactancia materna en países no occidentales y países occidentales (Gribble, 2004). En los países no occidentales el motivo para inducir la lactancia materna es garantizar la supervivencia del niño hasta que se puedan introducir alimentos sólidos mientras que en los países occidentales el principal motivo es el fortalecimiento del vínculo entre madre e hijo (Ogunlesi et al., 2008; Gribble, 2007). La lactancia materna se considera un símbolo de maternidad en occidente, la madre debe aportar lo mejor a su hijo o hija y la lactancia es una de esas aportaciones, no solo nutritiva sino no nutritiva.

En los países occidentales se utilizan más métodos farmacológicos durante el proceso de inducción de la lactancia materna que en los países no occidentales, en los que el proceso se realiza con la estimulación y la toma de complementos dietéticos y hierbas con poder galactogogo. Para profundizar en la importancia de los métodos naturales, la revisión panorámica se complementó con una revisión bibliográfica sobre los métodos naturales para inducir la lactancia materna. En las revisiones bibliográficas realizadas hay pocas referencias a los efectos secundarios que tanto las combinaciones hormonales, los fármacos galactogogos y las hierbas a las que se les atribuye poder galactogogo han podido tener en las mujeres que pasan por una inducción de la lactancia materna. Tanto a los fármacos como a las hierbas galactogogas se les han asociado una serie de efectos secundarios como problemas gástricos, bradiquinesia, somnolencia, temblores, letargia, hipoglicemia, disnea, olor en la orina y el sudor, y en ocasiones incluso depresión (McGuire, 2018). En los artículos incluidos en las revisiones realizadas para determinar qué métodos se utilizan para inducir la lactancia materna, hay muy pocas referencias a los efectos secundarios tanto de fármacos galactogogos como de hierbas galactogogas.

El segundo objetivo de esta tesis ha sido determinar los retos con los que se encuentran las mujeres que pasan por un proceso de inducción de la lactancia materna en caso de adopción, subrogación y en parejas de dos mujeres. Gracias a la realización de un estudio cualitativo, en el que se realizaron entrevistas en profundidad a mujeres españolas que habían pasado por un proceso de inducción de la lactancia materna en los tres casos anteriormente mencionados se pudo determinar que el principal reto con el que se enfrentan las mujeres durante el proceso de inducción de la lactancia materna es físico. Tanto en casos de inducción por adopción, gestación por sustitución o subrogación y en parejas de dos mujeres, el proceso requiere un esfuerzo que se olvida en el momento que se consigue producir leche y amamantar al hijo o hija. Otros estudios cualitativos realizados anteriormente con procesos de relactación, o sea,

producir leche cuando ya se ha producido alguna vez con anterioridad, también muestran el esfuerzo por el que pasan las mujeres para conseguir producir leche (Da Rocha, Meneses, & Nazareth, 2014). Aunque idealmente el proceso de inducción de la lactancia materna se debe iniciar antes de la llegada del hijo o hija, siguiendo unas estrictas pautas de estimulación de los pechos acompañada la mayoría de las veces de toma de medicación para simular un embarazo o para aumentar los niveles de prolactina (Shiva, Frotan, Arabipoor, & Mirzaaga, 2010), también hay la posibilidad de iniciar la inducción de la lactancia materna con la llegada del hijo o hija. En el estudio de Abejide et al., (1997), seis mujeres pudieron dar el pecho con la estimulación diaria por parte de los niños y niñas. En estos casos, no hubo preparación previa durante meses para llegar a producir leche materna y, por lo tanto, ese estrés manifestado por las mujeres de nuestro estudio fue inexistente. Esta opción, por lo tanto, podría ofrecerse como opción menos estresante a mujeres que quieren pasar por un proceso de inducción de la lactancia materna.

Tanto en un proceso de inducción de la lactancia materna que se inicia antes de la llegada del hijo o la hija, como en un proceso que se inicia una vez ha llegado el hijo o la hija, el apoyo externo durante el proceso es imprescindible. Este apoyo externo que las mujeres incluidas en el estudio esperaban por parte de los profesionales sanitarios, ha sido ofrecido por parte de familiares, amigos y sobre todo, por parte de la pareja en caso de tenerla, y ha sido fundamental para hacer frente a los retos que han ido surgiendo en el proceso de inducción de lactancia materna, la lactancia materna y el destete. Al igual que en otros estudios cualitativos realizados a mujeres que han pasado por un proceso de relactación, las mujeres a las que se ha entrevistado piensan que un refuerzo positivo podría motivar a las mujeres no gestantes a dar el pecho y así aumentar las tasas de lactancia materna en mujeres no-gestantes (Lommen & Brown, 2015). El apoyo de los profesionales sanitarios se ha suplido con el apoyo de familia, amigos y pareja y la información de la que carecían las mujeres del estudio y los

profesionales a los que se han dirigido, se ha buscado a través de internet. Esta búsqueda en solitario a través de internet sin el asesoramiento profesional tiene el riesgo de llegar a conclusiones incorrectas y por lo tanto puede suponer realizar acciones inapropiadas para los procesos de inducción de la lactancia materna (Hartzband & Groopman, 2015). Son numerosas las páginas web acerca de embarazo, parto, posparto y lactancia materna. La facilidad de acceso a la información a través de internet es una realidad actual pero no todos los portales a los que se tiene acceso son de calidad informativa. Las páginas web de instituciones académicas o de salud contienen información fiable, pero existen otras páginas web sobre cuestiones relacionadas con embarazo, parto y período postnatal, con contenidos de poca calidad (Artieta-Pinedo et al., 2018). Por lo tanto, solo un asesoramiento profesional basado en conocimientos sobre el proceso de inducción de la lactancia materna permitiría realizar acciones favorables para el éxito del proceso.

Las mujeres entrevistadas que habían dado el pecho con anterioridad en caso de lactancias después de un embarazo y un parto han manifestado que han percibido una diferencia en el apoyo recibido en un tipo de lactancia (después de un embarazo y parto), y otra lactancia (sin pasar por un embarazo y parto). En cambio, los problemas que han tenido las mujeres durante la lactancia (grietas en los pechos, dolor, mastitis o obstrucción de conductos mamarios y percepción de poca cantidad de leche) son los mismos con los que se encuentran las mujeres que pasan por una lactancia no inducida (Barbosa et al., 2017) y, al igual que en otros estudios, han sido más frecuentes en mujeres que lactaban por primera vez que en aquellas que ya tenían experiencia previa (Hackman et al., 2015). A pesar de las dificultades en la lactancia materna y la poca cantidad de leche materna que se puede llegar a conseguir a través de la inducción de la lactancia materna, las mujeres entrevistadas no han tenido una mala vivencia del proceso de lactancia materna y no le han dado importancia a la cantidad de leche materna producida y al tipo de lactancia: exclusiva o complementada con suplementos

de leche artificial. A diferencia de las lactancias no inducidas, en las mujeres que han pasado por un proceso de inducción de la lactancia materna, ni la sensación de poca producción de leche materna ni la vuelta al trabajo no han sido los motivos para finalizar la lactancia materna (Ramiro et al., 2017). La finalidad de inducir la lactancia materna no es producir gran cantidad de leche materna y, por lo tanto, las mujeres que se inducen la lactancia materna quieren producir leche materna sin importar la cantidad. Y las mujeres entrevistadas en el estudio realizado han podido flexibilizar la jornada laboral y así compaginar trabajo y lactancia materna hasta que ha finalizado, principalmente por desinterés del niño o la niña. Todas las mujeres manifiestan que cuando ha finalizado la lactancia materna, han notado como la proximidad que tenían con el niño o la niña gracias al contacto que supone la lactancia materna, ha disminuido.

RECOGER LAS DEMANDAS QUE HACEN LAS MUJERES QUE QUIEREN PASAR POR UN PROCESO DE INDUCCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA A LAS MATRONAS

En España, la profesión de matrona es una especialidad de enfermería denominada enfermería obstétrico-ginecológica, cuyo actual programa formativo entró en vigor el año 2009 mediante la Orden SAS1349/20092. Aunque la matrona es el profesional sanitario que se ha dedicado tradicionalmente a la atención a la mujer en el proceso del parto, también tiene otras competencias en el ámbito ginecológico-obstétrico. Entre estas otras competencias está el asesoramiento a la lactancia materna. La matrona, dentro de su programa formativo, tiene una formación específica en lactancia materna, pero esta formación recibida en lactancia materna, tanto a nivel internacional, europeo y nacional, está básicamente relacionada con la fisiología del posparto. Por lo tanto, a pesar de que la matrona tiene una amplia formación en lactancia materna, no tiene formación específica en inducción de la lactancia materna (Fernández et al., 2017).

Las mujeres que han pasado por un proceso de inducción de la lactancia materna han manifestado falta de apoyo no sólo por el profesional experto en lactancia materna, o sea, la matrona, sino, por parte de todos los profesionales sanitarios. El apoyo, que es imprescindible para el éxito de la lactancia materna, para que sea efectivo debe ser ofrecido de manera estandarizada, ofrecido por personal capacitado durante la atención prenatal o posnatal, de manera continuada y adaptándose al entorno y a las características de cada persona (Anstey et al., 2018).

Esta falta de apoyo ha generado en las mujeres que han pasado por un proceso de inducción de la lactancia materna sentimientos de soledad y vulnerabilidad en algún momento del

proceso. Estos sentimientos pueden afectar al éxito de la lactancia materna, ya que interfieren de manera negativa en el inicio, continuidad y exclusividad de la lactancia materna (Adedinsewo, 2014).

Es por todo esto, que la demanda de apoyo no solo informativo sino también emocional durante el proceso de inducción de la lactancia materna que las mujeres hacen a los profesionales sanitarios, en concreto al experto en lactancia materna, la matrona, es indispensable para el éxito de la inducción de la lactancia materna y la posterior lactancia.

LIMITACIONES

La principal limitación en la realización de la presente tesis doctoral ha sido la dificultad para localizar mujeres que hubieran inducido la lactancia sin haber dado a luz y que estuvieran dispuestas a ser entrevistadas. Actualmente, en España, no hay ningún registro nacional sobre mujeres que pasan por una inducción de la lactancia materna y esto dificulta saber cuántos casos de inducción de la lactancia materna se han realizado a nivel nacional. Además, el hecho de ser un proceso desconocido tanto a nivel social como a nivel profesional da poca visibilidad a los casos de inducción de la lactancia materna tanto a nivel nacional como a nivel internacional. Esta limitación en el número de casos de inducción de la lactancia materna constituye a la vez una fortaleza del estudio, puesto que el uso de una metodología cualitativa con entrevistas en profundidad permite un conocimiento profundo de cada uno de los casos y de las experiencias vividas por las mujeres

Así mismo, el abordaje de un tema poco estudiado ha planteado el reto de tener que plantearnos una revisión panorámica (o scoping review) en base a artículos científicos basados en estudios de casos o series limitadas de casos, ello impidió la realización de una revisión sistemática. Las lenguas conocidas por la investigadora: español e inglés, ha podido dejar fuera trabajos importantes que no estaban escritos en dichas lenguas.

Por último, el hecho de ser una matrona, profesional experta y defensora de la lactancia materna, puede haber influido en mi papel como investigadora, por ello he debido pasar por un proceso de reflexividad para conseguir identificar mis creencias e intentar dejarlas “en suspenso” para influir lo menos posible en la entrevista y dejar que las voces de las mujeres fluyeran desde su propia perspectiva.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Actualmente, no existe ningún registro nacional sobre las mujeres que pasan por un proceso de inducción de la lactancia materna. El número de mujeres que en España pasan por este proceso, por lo tanto, es desconocido. Al igual que no existe un registro nacional sobre los casos de inducción de la lactancia materna tampoco existe un protocolo nacional sobre la atención a las mujeres que deciden pasar por este proceso. La atención que se ha dado a las mujeres que pasan por un proceso de inducción de la lactancia materna ha sido en base a protocolos internacionales y a la predisposición del profesional con el que se han encontrado las mujeres. Las mujeres que han pasado por un proceso de inducción de la lactancia materna generalmente han tenido acceso a estos protocolos a través de internet y pocos han sido los casos en los que han sido los profesionales sanitarios los que han ofrecido la posibilidad de lactar sin pasar por una gestación. El proceso de inducción de la lactancia materna no ha sido incluido en la formación de los profesionales sanitarios y, por lo tanto, hay muy poco conocimiento acerca de este proceso. Dependiendo de la predisposición y sensibilidad con el tema que tenga el profesional sanitario, la atención será de una manera u otra. De la investigación acerca de la vivencia de las mujeres que pasan por un proceso de inducción de la lactancia materna y de las revisiones bibliográficas realizadas durante la tesis se desprende que es necesaria una mayor implicación de los profesionales sanitarios durante el proceso de inducción de la lactancia materna. Sólo se podrá implicar a los profesionales si estos tienen más conocimientos acerca del proceso, por lo tanto, es imprescindible la difusión y formación acerca de la inducción de la lactancia materna de los profesionales que están en contacto con las mujeres que no gestan a sus hijos para poder ofrecer este proceso y proporcionar una mejor atención sobre todos los aspectos relacionados con la lactancia materna sin pasar por

una gestación. Solamente con la formación de los profesionales sanitarios mejorará la atención en caso de lactancias maternas sin gestación. Gracias a esta tesis se pueden elaborar protocolos asistenciales y programas formativos que influyan en la práctica asistencial no sólo de matronas, también del resto de equipos de enfermería y medicina con el que las mujeres que pasan por un proceso de inducción de la lactancia materna tengan contacto. Cuestiones que deberán reflejarse en la formación son la complejidad de los métodos para inducir la lactancia materna, los factores de éxito relacionados con el proceso y la necesidad de individualizar cada caso. Se deben identificar qué métodos son más apropiados para cada mujer, qué factores pueden ayudar al éxito en cada caso y qué intervención es la más apropiada para cada mujer. Pocos estudios han tenido en cuenta los efectos adversos de los fármacos utilizados durante el proceso e incluso las mujeres que han participado en el estudio elaborado en el marco de la tesis han menospreciado los efectos de la medicación. Por ello, son necesarias futuras líneas de investigación acerca de los fármacos utilizados en el proceso de la inducción de la lactancia, de sus efectos secundarios y de sus indicaciones. Sólo con conocimiento y formación se podrá dar una mejor atención y se podrán disminuir los sentimientos de soledad y vulnerabilidad manifestados por las mujeres durante el proceso de inducción de la lactancia materna. Por otra parte, ampliando los casos de inducción de la lactancia materna, ampliamos los casos de lactancia materna y por lo tanto, invertimos en salud, tanto materna como infantil.

CONCLUSIONES

“Todas las cosas son imposibles mientras lo parecen” (Concepción Arenal)

CONCLUSIONES

- 1- El aumento de las nuevas formas de familia implica un aumento de los procesos de inducción de la lactancia materna
- 2- La mayoría de inducciones de la lactancia materna se realizan combinando métodos farmacológicos y métodos no farmacológicos
- 3- El principal motivo por el que las mujeres han decidido pasar por la inducción de la lactancia materna ha sido establecer y reforzar el vínculo afectivo entre madre e hijo o hija.
- 4- La ilusión por poder amamantar al hijo o hija ha permitido continuar con el proceso a pesar de la dureza de este.
- 5- Las mujeres han manifestado sentimientos de soledad y vulnerabilidad debido a la falta de conocimientos tanto de matronas, enfermeras como médicos.
- 6- La ilusión por poder amamantar al hijo o hija ha permitido continuar con el proceso a pesar de la dureza de este.
- 7- La estimulación de los pechos ha sido común en todos los procesos de inducción, pero la medicación no ha estado presente en todos y se han menospreciado sus efectos secundarios.
- 8- Es importante aumentar los conocimientos sobre este tema y poder dar respuesta a las demandas actuales y futuras de aquellas madres que lo son sin pasar por una gestación.
- 9- La matrona es la profesional experta en lactancia materna y, por lo tanto, su papel es imprescindible para una buena atención a las mujeres que decidan inducirse la lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA

**“¿Qué mundos tengo dentro del alma que hace tiempo vengo pidiendo
medios para volar?” (Alfonsina Storni)**

BIBLIOGRAFÍA

Abejide, O. R., Tadese, M. A., Babajide, D. E., Torimiro, S. E., Davies-Adetugbo, A. A., & Makanjuola, R. O. (1997). Nonpuerperal induced lactation in a Nigerian community: Case reports. *Annals of Tropical Paediatrics*, *17*(2), 109–114.

Adedinsewo, A.D., Fleming, A.S., Steiner, M., Meane, M.J., & Girard, A.W. (2014). Maternal anxiety and breastfeeding: findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) Study. *Journal of Human Lactation*, *30*(1): 102-109.

Afflerback, S., Carter, S.K., Koontz, A., & Grauerholz, L. (2013). Infant-feeding consumerism in the age of intensive mothering and risk society. *Journal of Consumer Culture*, *13*, 387-405.

Anstey, E.H., Coulter, M., Jecitt, C.M., Perrin, K.M., Dabrow, S., Klasko-Foster, L.B., & Daley, E. (2018). Lactation Consultants' Perceived Barriers to Providing Professional Breastfeeding Support. *Journal of Human Lactation*, *34*(1):51-67.

Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G., & Villanueva, G. (2018). An evaluation of Spanish and English on-line information sources regarding pregnancy, birth and the postnatal period. *Midwifery*, *18*, 19-26.

Barbosa, G. E., Silva, V. B., Pereira, J. M., Soares, M. S., Medeiros, R. D., Pereira, L. B., Pinho, L., & Caldeira, A. P. (2017). Initial breastfeeding difficulties and association with breast disorders among postpartum women. *Revista Paulista de Pediatria*, *35*(3), 265–272.

- Belford, M.B., Anderson, P.J., Nowak, V.A., Thompson, D.K., Doyle, L.W., & Inder, T.E. (2016). Breast Milk Feeding, Brain Development, and Neurocognitive Outcomes: A 7-year Longitudinal Study in Infants Born at Less Than 30 Weeks' Gestation. *The Journal of Pediatrics*, *177*, 133-139.
- Bhandari, N., & Prajapati, R. (2018). Prevalence of Exclusive Breast Feeding and its Associated Factors among Mothers. *Kathmandu University Medical Journal*, *62*(2), 166-170.
- Bowly, J. *El vínculo afectivo*. Paidós, 1969.
- Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, *88* (1): 7-14.
- Bryant, C. (2006). Nursing the adopted infant. *Journal of American Board of Family Medicine*, *19*(4), 374-379.
- Casey, L., Fucile, S., & Dow, K.E. (2018). Determinants of Successful Direct Breastfeeding at Hospital Discharge in High-Risk Premature Infants. *Breastfeeding Medicine*, *13*(5), 346-351.
- Chetwynd, E. M., Wasser, H. M., & Poole, C. (2019). Breastfeeding support interventions by international board certified lactation consultants: A systemic review and meta-analysis. *Journal of Human Lactation*, *35*(3), 424-440.
- Chuisano, S. A., & Anderson, O. S. (2019). Assessing application-based breastfeeding education for physicians and nurses: A scoping review. *Journal of Human Lactation*, *36*(4), 699-709.
- Cohen, S.S., Alexander, D.D., Krebs, N.F., Young, B.E., Cabana, M.D., Erdmann, P., Hays, N.P., Bezold, C.P., Levin-Sparenberg, E., Turini, M., & Saavedra, J.M. (2018). Factors

Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *The Journal of Pediatrics*, 203, 190-196.

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2004). Lactancia Materna: guía para profesionales.

Convención de los Derechos de los Niños (1989). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. Acceso junio 2021.

<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Da Rocha, S., Meneses, I. M., & Nazareth, I. V. (2014). Narratives of lives of women who breastfed their adoptive children. *Revista Rene*, 15(2), 249–256.

Del Campio, L.A., & Lopes del Campio, I.R. (2018). Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40 (6): 354-359.

Dios-Aguado, M., Gómez-Cantarino, S., Rodríguez-López, C.R., Pina, P.J., Romera-Álvarez, L. & Espina-Jerez, B. (2021). Lactancia materna y feminismo: recorrido social y cultural en España. *Escola Anna Nery*, 25(1): 1-9.

Dos Santos, C. O., Dolzhenko, E., Hodges, E., Smith, A. D., & Hannon, G. J. (2015). An epigenetic memory of pregnancy in the mouse mammary gland. *Cell Reports*, 11(7), 1102–1109.

Farhadi, R., & Philip, R. K. (2017). Induction of lactation in the biological mother after gestational surrogacy of twins: A novel approach and review of literature. *Breastfeeding Medicine*, 12(6), 373–376.

Fernández, E., Gómez del Pulgar, M.M., Martín, A., Zafra, M.D., Fernández, M.L., & Montesinos, V. (2017). Análisis de la definición de la matrona, acceso a la formación y

programa formativo de este profesional de la salud a nivel internacional, europeo y español. *Educación Médica*, 19, 360-365.

Flores-Antón, B., García-Lara, N. R., & Pallás-Alonso, C.R. (2017). An Adoptive mother who became a human milk donor. *Journal of Human Lactation*, 33(2), 419-421.

Gibbs, B.G., Forste, R., & Lybbert, E. (2018). Breastfeeding, parenting and infant attachment behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, 22(4): 579-588.

Giordani, R.C., Piccoli, D., Bezerra, I., & Almeida, C.C. (2018). Maternity and breastfeeding: identity, body and gender. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(8), 2731-2739.

Goberna-Tricas, J. (2009). Dones i procreació: Ètica de les practiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement. Universitat de Barcelona.

Goldfarb,L., & Newman, J. (2000). The protocols for Induced Lactation. A Guide for Maximizing Breastmilk Production.

Gribble, K. D. (2004). The influence of context on the success of adoptive breastfeeding: Developing countries and the west. *Breastfeeding Review*, 12(1), 5–13.

Gribble, K. D. (2007). A model for caregiving of adopted children after institutionalization. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(1), 14–26.

Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. (2017). Ministerio de Sanidad, servicios Sociales e Igualdad. Acceso junio 2021.

https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl-1.pdf

Hackman, N. M., Schaefer, E. W., Beiler, J. S., Rose, C. M., & Paul, I. M. (2015). Breastfeeding outcome comparison by parity. *Breastfeeding Medicine*, 10(3), 156–162.

Hartzband, P., & Groopman, J. (2015). Untangling the Web: Patients, doctors, and the internet. *The New England Journal of Medicine*, 362(12), 1063–1066.

Heikkilä, K., Sacker, A., Kelly, Y., Renfrew, M.J & Quigley, M.A. (2011). Breastfeeding and child behaviour in the Millenium Cohort Study. *British Medical Journal*, 96 (7): 635-642.

Igareda, N. (2018). La gestación por sustitución: una oportunidad para repensar la filiación y la reproducción humana. *Revista de Bioética y Derecho. Perspectivas Bioéticas*, 44, 57-72.

Imaz, E. (2017). Same-sex parenting, assisted reproduction and gender asymmetry: Reflecting on the differential effects of legislation on gay and lesbian family formation in Spain. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 4, 5-12.

Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2017). Encuesta Nacional de Salud . Acceso junio 2021:

https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf

Jackson, D.B. (2016). The Association Between Breastfeeding Duration and Attachment: A Genetically Informed Analysis. *Breastfeeding Medicine*, 11(6), 297-304.

Julvez, J., Guxens, M., Carsins, A., et al. (2014). A cohort study on full breastfeeding and child neuropsychological development: the role of maternal social, psychological, and nutritional factors. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 56: 148-156.

Kitano, N., Nomura, K., Kido, M., Murakami, K., Ohkubo, T., Ueno, M., & Sugimoto, M. (2016). Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. *Preventive Medicine Reports*, 3, 121-126.

Krol, M.K., & Grossmann, T. (2018). Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*, 8: 977-985.

Kuswara, K., Campbell, K.J., Hesketh, K.D., Zheng, M., & Laws, R. (2020). Patterns and predictors of exclusive breastfeeding in Chinese Australian mothers: a cross sectional study. *International Breastfeeding Journal*, 15, 1-15.

Lamm, E. Gestación por sustitución: ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres. Universitat de Barcelona, Publicacions i edicions, 2013.

Lawrence, R.A., & Lawrence, R.M. Breastfeeding. A guide for the medical profession. 8th ed. Elsevier; 2018.

Ley nº 40 sobre Técnicas de Reproducción Asistida, Boletín Oficial del Estado No. 126, 27 de mayo de 2006. Acceso Junio 2021:

<https://www.boe.es/eli/es/l/2006/05/26/14/con>

Lommen, A., & Brown, B. (2015). Experiential perceptions of relactation: A phenomenological study. *Journal of Human Lactation*, 31(3), 498–503.

Marre, D., San Román, B., & Guerra, D. (2018). On reproductive work in Spain.

Transnational adoption egg donation, surrogacy. *Medical Anthropology*, 37(2): 158-173.

Marshall, J.L., Godfrey, M., & Renfrew, M.J. (2007). Being a “good mother”: Managing breastfeeding and merging identities. *Social Science and Medicine*, 65, 2147-2159.

Marshall, J., Baston, H., & Hall, J. Guías de enfermería obstétrico y materno-infantil. 1st ed. Elsevier; 2018.

McGuire, E. (2020). Induced lactation and mothers sharing breastfeeding: A case report.

Breastfeeding Review, 27(2), 37–41.

McGuire, T. M. (2018). Drugs affecting milk supply during lactation. *Australian Prescriber*, 41(1), 7–9.

Mc Fadden, A., Gvine, A., Renfrew, M.J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J.L., Veitch, E., Rennie, A.M., Crowther, S.A., Neiman, S., & MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, art .no. CD001141.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017a). Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia: Boletín número 18. Acceso Junio 2021:

<http://www.msc.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/pdf/>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). Adopción Internacional. Acceso Junio 2021:

<https://www.msrebs.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/adopciones/adopInternacional/politicaSocialImg.htm>

Montes, A., González, M.M., López, F., & Angulo, A. (2016). Familias homoparentales, más visibles y mejor aceptadas: efectos del matrimonio en España. *Apuntes de psicología*, 34(2-3), 151-159.

Morillo, A., Duque, M., López, A.B., Miguel, C., Riveiro, P., Mariña, A., Vicente, A., Santana, M.L., & Gabriel, M.A. (2018). Cessation of breastfeeding in association with oxytocin administration and type of birth. A prospective cohort study. *Women and Birth*, 32, 43-48.

O'Connor, M., Allen, J., Kelly, J., G, Y., & Kildea, S. (2018). Predictors of breastfeeding exclusivity and duration in a hospital without Baby Friendly Hospital Initiative accreditation: A prospective cohort study. *Women and Birth*, 31, 319-324.

Oddy, W.H., Kendall, G.E., Blair, E., de Klerk, N.H., Silburn, S., & Zubrich, S. (2004). Breastfeeding and cognitive development in children. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 554: 365-369.

Ogunlesi, T. A., Adekanmbi, F. A., Fetuga, B. M., & Ogundeyi, M. M. (2008). Non-puerperal induced lactation: An infant feeding option in paediatric HIV/AIDS in tropical Africa. *Journal of Child Health Care*, 12(3), 241–248.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1981). Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Acceso junio 2021:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42533/9243541609_spa.pdf;jsessionid=58711175BC3B53FF825FA672B0087274?sequence=1

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1990). Declaración de Innocenti. Acceso junio 2021:

<https://www.unicef-irc.org/files/documents/d-3231-Innocenti-Declaration-200.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1991). Iniciativa hospital amigos de los niños. Acceso junio 2021:

https://apps.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/index.html

Organización Mundial de la Salud. (1998). Relactation: Review of experience and recommendations for practice. Acceso Junio 2021:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_chs_cah_98_14/en/

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). 10 hechos sobre la Lactancia Materna. Acceso junio 2021

<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). Acceso junio 2021.

<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>

Pattison, K.L., Kraschnewski, J.L., Lehman, E., Savage, J.S., Downs, D.S., Leonard, K.S., Adams, M.S., Paul, I.M., & Kjerulff, K.H. (2019). Breastfeeding Initiation and Duration and child Health Outcomes in the First Baby Study. *Preventive Medicine, 118*: 1-6.

Rahim, N. C. A., Sulaiman, Z., & Ismail, T. A. T., Norsyamliana, C. A., Zaharah, S., & Tengku, A. T. (2017). The availability of information on induced lactation in Malaysia.

Malaysian Journal of Medical Sciences, 24(4), 5–17.

Ramiro, M. D., Ortiz, H., Arana, C., Esparza, M. J., Cortés, O., Terol, M., & Ordoñas, M. (2017). Prevalence of breastfeeding and factors associated with the start and duration of exclusive breastfeeding in the Community of Madrid among participants in the ELOIN.

Anales de Pediatría, 89(1), 32–43.

Roisman, G.I., Fraley, R., & Garcia, C. (2008). A Behavior-Genetic Study of Parenting Quality, Infant Attachment Security, and Their Covariation in a Nationally Representative Sample. *Developmental psychology, 44*(3), 831-839.

Rollins, N.C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C.K., Martines, J.C., Piwoz, E.G., Richter, L.M., & Victoria, C.G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet Breastfeeding Series Group, 387*: 491-504.

Saari, Z., & Farahwahida, Y. (2014). Induced lactation by adoptive mothers: A case study.

Jurnal Teknologi, 68(1), 123–132.

Schmied, V., & Lupton, D. (2001). Blurring the boundaries: Breastfeeding and maternal subjectivity. *Sociology Health Illness Journal, 23*(2), 234-250.

Shattnawi, K.K. (2017). Healthcare Professionals' Attitudes and Practices in Supporting and Promoting the Breastfeeding of Preterm Infants in NICUs. *Advances in neonatal care*, 17(5), 390-399.

Shiva, M., Frotan, M., Arabipoor, A., & Mirzaaga, E. (2010). A successful induction of lactation in surrogate pregnancy with metoclopramide and review of lactation induction. *International Journal of Fertility and Sterility*, 3(4), 191–194.

Smyth, D., & Hyde, A. (2020). Discourses and critiques of breastfeeding and their implications for midwives and health professionals. *Nursing inquiry*, 27(3), 1-7.

Sriraman, N. K. (2017). The nuts and bolts of breastfeeding: Anatomy and physiology of lactation. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(12), 305–310.

Tamayo, S. (2013). Hacia un nuevo modelo de filiación basado en la voluntad en las sociedades contemporáneas. Universidad de Cantabria.

Tufts-New England Medical Center Evidence-Based Practice Center .(2007). Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/ Technology Assessment, 123.

Truchet, S., & Honvo-Houéto, E. (2017). Physiology of milk secretion. *Best Practice & research Clinical Endocrinology & Metabolism* 31, 367-384.

Vilar, S. (2019). La inseguridad jurídica derivada de la insuficiente regulación de la gestación subrogada en España. *Cuadernos de Derecho Transnacional*, 11(2), 815-823.

Wallwiener, S., Müller, M., Doster, A., Plewniok, K., Walwiener, C.W., Fluhr, H., Feller, S., Brucker, S.Y., Wallwiener, M., & Reck, C. (2016). Predictors of impaired breastfeeding initiation and maintenance in a diverse sample: what is important? *Maternal-Fetal Medicine*, 294, 455-466.

Wambach, K., & Riordan, J. *Breastfeeding and Human Lactation*. 5th ed. Jones and Bartlett Learning; 2015.

Williams, K., Kurz, T., Summers, M., & Crabb, S. (2012). Discursive constructions of infant feeding: The dilemma of mothers' guilt. *Feminism & Psychology*, 23(3), 339-358.

Wittig, L.S., & Spatz, L.D. (2008). Induced lactation. Gaining a better understanding. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 33(2), 76-81.

Zingler, E., Amato, A., Zanatta, A., Vogt, M., Wanderley, M., Mariani, Neto, C., & Zaconeta, A. (2017). Lactation induction in a commissioned mother by surrogacy: Effects on prolactin levels, milk secretion and mother satisfaction. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 39(02), 086–089.

FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA TESIS

“El día que la mujer pueda amar con su fuerza y no con su debilidad, no para huir de sí misma sino para encontrarse, no para renunciar sino para afirmarse...entonces el amor será una fuente de vida y no un mortal peligro” (Simone de Beauvoir)

FINANCIACIÓN

Esta tesis ha obtenido financiación desde dos ayudas a la investigación en las convocatorias PREUI de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona:

Convocatòria interna núm.7 d'Ajuts de Recerca 2017

Convocatòria interna núm.8 d'Ajuts de Recerca 2018

Esta tesis se ha inscrito en el Proyecto de Investigación:

Vulnerabilidad en el pensamiento filosófico femenino. Contribuciones al debate sobre emergencias presentes.

Referencia: PGC2018-094463-B-100 (MCIU/AEI/FEDER, UE)

IP: Josefina Goberna-Tricas

Programa: Programa Estatal de Generación del Conocimiento y Fortalecimiento Científico y Tecnológico del Sistema de I+D+I

Institución: Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades/ Agencia Estatal de Investigación- MCIN/AEI/10.13039/501100011033

DIFUSIÓN

Artículos publicados

Autoras: Gemma Cazorla-Ortiz, Noemí Obregón-Gutiérrez, María Rosa Rozas-García.

Título: “Methods and Success Factors of Induced Lactation: A Scoping Review” *Journal of Human Lactation*, (2020), 36(4), 739-749.

Criterios de Calidad: Índice de impacto (SCI/SSCI): 2.205. Cuartil I área (SCI/SSCI): Q1. Área de Ginecología y Obstetricia. Otros indicios de Calidad: Indexada en Science Citation Index Expanded, Scopus, CAB Abstracts, CINAHL, EMBASE, Food Science & Technology Abstracts, MEDLINE, Veterinary Science Database. Número de citas (SCI/SSCI): +3.5

ISSN: 1552-5732,1552-5732,0890-3344

Autoras: Cazorla-Ortiz, Gemma.

Título: “Métodos no farmacológicos para inducir la lactancia materna en adopción, subrogación y en la madre no gestante en parejas lesbianas: revisión bibliográfica”. *MUSAS: Revista de Investigación en “Mujer, Salud y Sociedad”*, (2018), 3(1): 38-56.

Criterios de Calidad: Indexada en MIAR: Matriz de Información para el Análisis de Revistas ERIH PLUS: Índice Europeo de Referencias para las Humanidades y las Ciencias Sociales RACO: Revistas Catalanas con Acceso Abierto Dulcinea: derechos de explotación y

permisos para el auto-archivo de revistas científicas españolas. Categoría: verde Dialnet Plus:
Portal bibliográfico de literatura científica hispana.

Autoras: Gemma Cazorla-Ortiz, Paola Galbany-Estragués, Noemí Obregón-Gutiérrez,
Josefina Goberna-Tricas.

Título: “Understanding the Challenges of Induction of Lactation and Relactation for
Non-Gestating Spanish Mothers” *Journal of Human Lactation*, (2020), 36(3), 528-536.

Criterios de Calidad: Índice de impacto (SCI/SSCI): 2.205. Cuartil I área (SCI/SSCI): Q1.
Área de Ginecología y Obstetricia. Otros indicios de Calidad: Indexada en Science Citation
Index Expanded, Scopus, CAB Abstracts, CINAHL, EMBASE, Food Science &
Technology Abstracts, MEDLINE, Veterinary Science Database. Número de citaciones
(SCI/SSCI): +3.5

ISSN: 1552-5732,1552-5732,0890-3344

Artículo aceptado (en prensa)

Autoras: Gemma Cazorla-Ortiz, Noemí Obregón-Gutiérrez, Josefina Goberna-Tricas.

Título: “La inducción de la lactancia en madres que no han dado a luz: Un desafío para las
matronas ante nuevas demandas”. *Matronas Profesión*, (2021).

Criterios de Calidad: Índice de impacto JCR (Scopus) y en cuartil Q4 (SCI/SSCI): Enfermería, Ginecología y Obstetricia. Otros indicios de Calidad: Indexada en CINAHL, EMBASE, DIALNET. Número de citas (SCI/SSCI): +3.5. ISSN: 1578-0740

Congresos y ponencias

Autora: Gemma Cazorla Ortiz

Título: Inducció de la lactancia en mares sense part

Tipo de contribución: Comunicación oral

Jornada: Jornada de Llevadores

Lugar: Col·legi Oficial d'Infermeria

Barcelona , 30 de noviembre de 2016

Autoras: Gemma Cazorla Ortiz, Paola Galvany Estragués, Josefina Goberna Tricas

Título: Principales dificultades durante la inducción a la lactancia materna en casos de adopción, subrogación y parejas formadas por dos mujeres

Tipo de contribución: Comunicación oral

Congreso: Associació Catalana de Llevadores. Federación de asociaciones de matronas de España. International confederation of Midwives

Tarragona, 26, 27 y 28 de mayo de 2016

Autora: Gemma Cazorla Ortiz

Título: Lactància en situacions especials

Tipo de contribución: Ponencia

Jornada: Associació Catalana de Llevadores

Barcelona, 14 de abril de 2017

Autora: Gemma Cazorla-Ortiz

Título: Inducció de l'alletament matern en dones. Adopció, Gestació per Substitució i Parelles de Dues Dones.

Tipo de contribución: Ponencia en jornada

Jornada de extensió universitària

Lugar: Universitat de Vic

Vic, 30 de enero de 2019

Autora: Gemma Cazorla-Ortiz

Título: Inducció de la lactància materna

Tipo de contribución: Ponencia en mesa de comunicaciones

Congreso: 9ª Jornada de Llevadores : Els determinants psico-socials de la salut sexual i reproductiva

Lugar: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.

Barcelona, 11 de diciembre de 2019.

Autora: Gemma Cazorla Ortiz

Título: Induced lactation: methods and factors affecting success rates

Tipo de contribución: Comunicación oral

Congreso: SIAPARTO online. International Birth Assistance Simposyum.

Sao Paolo, 6 de agosto de 2021

Autoras: Gemma Cazorla Ortiz, Noemí Obregón Gutiérrez, Mª Rosa Rozas García, Josefina Goberna Tricas

Título: Asesoramiento en Inducción de la lactancia materna en mujeres que no han dado a luz: Demandas a las matronas

Tipo de contribución: Comunicación Oral

Congreso: Matrona y Mujer: Ciencia y Compromiso. XIX Congreso Fame, I Congreso AMALAR

Logroño, 7 de octubre de 2021

ANEXOS

ANEXOS

CEIC



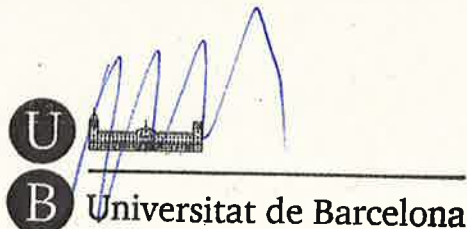
COMISSIÓ DE BIOÈTICA

En Albert Royes i Qui, Secretari de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona

CERTIFICA

Que analitzada la sol·licitud presentada per la Sra **Gemma Cazorla Ortíz**, doctoranda en el departament d'Infermeria de Salut Pública, Salut Mental i Materno-Infantil, de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, i referent a la Tesi intitulada "**INDUCCIÓ A L'ALLETAMENT EN DONES QUE ADOPTEN, SUBROGUEN O EN PARELLES FORMADES PER DUES DONES**", dirigida per la Dra. **Josefina Goberna Tricas**, la Comissió Permanent, per acord de data **20 d'octubre de 2016**, va aprovar informar favorablement des del punt de vista bioètic, la realització de l'esmentada tesi.

I perquè en quedi constància a tots els efectes, signa aquest document, amb el vist i plau de la Presidenta de la Comissió, a Barcelona, 20 d'octubre de 2016.



Comissió de Bioètica

Vist i Plau
La presidenta de la Comissió de
Bioètica de la Universitat de
Barcelona

Concepción Ávila Escartín