

**Laura García de la Reina Salort  
Laura Montesinos Vinader**

**LA INFLUENCIA DE LA CONSEJERÍA  
EN EL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA**

**TRABAJO DE FINAL DE GRADO**

**Dirigido por  
Dra. M<sup>a</sup> del Mar Albújar Font**

**Grado de Medicina**



**UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI**

**Tarragona**

**2022**

## RESUMEN

**Contextualización y objetivos.** Una alimentación adecuada resulta fundamental para la salud y el desarrollo de los niños menores de 2 años. Estudios epidemiológicos demuestran que la falta de lactancia materna en este periodo crítico de la vida supone un factor importante en la morbilidad y mortalidad de la madre y de su hijo. La OMS-UNICEF recomienda que la lactancia materna se inicie la primera hora de vida y al menos continúe de manera exclusiva durante los 6 primeros meses. La evidencia actual confirma que sus beneficios son dosis-dependiente, por lo que es importante el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva durante ese periodo de tiempo. Sin embargo, a nivel mundial, de entre todos los recién nacidos únicamente el 43% completa esta pauta. Es por ello que se han creado diferentes prácticas para aumentar dicho porcentaje, como es la consejería en lactancia materna (“counseling”). Es una praxis llevada a cabo por el personal sanitario que consiste en fomentar la autoconfianza en la capacidad de amamantar y la capacidad de decisión de las madres, con el fin de alcanzar una lactancia satisfactoria, busca soluciones personalizadas y adaptadas a sus necesidades. La naturaleza de este estudio surge ante la necesidad de demostrar la influencia de la consejería en el aumento de la autoconfianza y la reducción de la ansiedad de las madres durante la lactancia, consiguiendo que vivan una experiencia satisfactoria, que indirectamente evite el abandono de la lactancia materna y se pierdan todos los beneficios que esta conlleva. Con ello, se pretende que tanto la madre como su hijo alcancen un desarrollo y salud óptimos, siguiendo las recomendaciones de la OMS. Y también, demostrar la necesidad de su implementación de forma generalizada en la maternidad hospitalaria.

**Metodología.** Se realizó un estudio prospectivo que incluyó madres que dieron a luz en el Hospital Universitario Joan XXIII, que habían decidido amamantar. La duración del mismo fue de 6 meses y se obtuvo una muestra de 17 pacientes. Se usaron tres cuestionarios validados: STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo), BBSCe (Encuesta sobre el Comienzo de la Lactancia Materna) y CICAA (Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar). Las madres cumplimentaron el cuestionario STAI y el BBSCe al ingreso en planta y al alta. Y mediante el cuestionario CICAA se evaluaron las habilidades comunicativas del profesional sanitario durante la primera visita a la paciente. De esta forma, se pretende demostrar que las diferencias positivas en ansiedad y autoconfianza son consecuencia de las habilidades comunicativas del pediatra y, por tanto, de la consejería en lactancia materna.

**Resultados.** Según nuestros resultados, la consejería en lactancia materna reduce la ansiedad de las madres y parece potenciar su autoconfianza en la capacidad de amamantar. Además, encontramos que estos resultados dependen del nivel de habilidades comunicativas del pediatra, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre adjuntos y residentes.

**Conclusiones.** La consejería en lactancia materna es una herramienta muy útil para disminuir la ansiedad y puede aumentar la autoconfianza de la madre en su capacidad de amamantar, por lo que debe ser incluida en todos los planes de formación del personal de salud que trabaja con madres y bebés. Es imprescindible obtener apoyo político, y su consecuente financiación económica, que permita promover, defender y respaldar la lactancia materna.

**Palabras clave.** Amamantamiento. Consejería en lactancia materna. Autoconfianza en lactancia materna. Ansiedad en lactancia materna. Evaluación de la entrevista clínica.

## **ABSTRACT**

**Contextualization and objectives.** Adequate nutrition is essential for the health and development of children under the age of 2. Epidemiological studies show that lack of breastfeeding in this critical period of life is an important factor in the morbidity and mortality of both mother and child. The WHO-UNICEF recommends that breastfeeding should begin within the first hour of life and continue exclusively for at least the first 6 months. Current evidence confirms that its benefits are dose-dependent, therefore it is important to maintain exclusive breastfeeding for this stage of life. However, of all newborns worldwide, only 43% complete this pattern. As a result, different practices have been created to increase this number. One example is breastfeeding counseling, a practice carried out by health personnel that consists in promoting self-confidence in the ability to breastfeed and the decision-making capacity of mothers, aiming towards achieving satisfactory breastfeeding and seeking personalized solutions adapted to their needs. The nature of this study arises from the need to demonstrate the influence of counseling in increasing the self-confidence and reducing the anxiety of mothers during breastfeeding to achieve a satisfactory experience, which indirectly avoids the abandonment of breastfeeding and the loss of all benefits that breastfeeding entails. The aim is for both mother and child to achieve optimal development and health, in accordance with WHO recommendations, as well as to demonstrate the need for its widespread implementation in hospital maternity wards..

**Methodology.** A prospective study was carried out that included mothers who gave birth at the Joan XXIII University Hospital and who had decided to breastfeed. The duration of the study was 6 months and a sample of 17 patients was studied. Three validated questionnaires were used: STAI (State-Trait Anxiety Inventory), BBSCe (Beginning Breastfeeding Survey-Cumulative) and CICAA (Connect, Identify and Understand, Agree and Assist). The selected mothers completed the STAI and BBSCe questionnaires on admission to the ward and at discharge; the CICAA questionnaire was used to assess the communication skills of health personnel during the patients first visit. This aims to demonstrate that the positive differences in anxiety and self-confidence are a consequence of the pediatrician's communication skills and, therefore, of breastfeeding counseling.

**Results.** According to our results, breastfeeding counseling reduces mothers' anxiety and seems to enhance their self-confidence in their ability to breastfeed. Furthermore, we found that these results depend on the level of communication skills of the pediatrician, finding statistically significant differences between attendings and residents.

**Conclusions.** Breastfeeding counseling is a very useful tool to reduce anxiety and can increase the mother's self-confidence in her ability to breastfeed, so it should be included in all training plans for health personnel working with mothers and babies. It is essential to obtain political support, and consequent economic funding, to promote, defend and support breastfeeding.

**Keywords.** Breastfeeding. Breastfeeding counseling. Self-confidence in breastfeeding. Breastfeeding anxiety. Clinical interview assessment.

## **INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN**

### **La importancia de una nutrición adecuada los primeros meses de vida**

Los niños tienen derecho a recibir una nutrición adecuada, así como las madres tienen derecho a decidir sobre la alimentación de sus hijos partiendo de la información necesaria y las condiciones pertinentes.

La OMS, conjuntamente con UNICEF, llevó a cabo en 2003 una estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, en la que desarrolló la importancia de las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud materno-infantil óptimo. Dentro de dicha estrategia, recomiendan iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida y continuarlo de manera exclusiva durante los 6 primeros meses, para posteriormente complementarlo con otros alimentos hasta los 2 años de edad. A nivel mundial, de entre todos los recién nacidos, únicamente el 43% (2 de cada 5) completa esta pauta y menos de la mitad son puestos al pecho durante la primera hora de vida. En España, a pesar de no seguir la metodología recomendada por la OMS para la recogida de datos sobre lactancia materna (LM), sabemos por Encuestas Nacionales de Salud que en 2012 el porcentaje de LM a los 6 meses fue del 46.9%, mientras que el de lactancia materna exclusiva (LME) se situó en el 28.5%; todavía lejos de alcanzar los objetivos propuestos por la OMS<sup>1</sup>.

### **Los beneficios de la lactancia materna**

Estudios recientes demuestran que el amamantamiento tiene importantes efectos positivos sobre la nutrición, desarrollo y salud del niño y de la madre; así como también presenta beneficios socioeconómicos y medioambientales.

Por un lado, si hablamos de los beneficios del niño, sabemos que la LM contribuye a un menor riesgo de mortalidad durante el primer año de vida<sup>2</sup>. Confiere la hidratación y los nutrientes indispensables, a la vez que contribuye a prevenir numerosas enfermedades. La práctica de la LM conduce a la colonización intestinal del recién nacido por microbiota beneficiosa procedente de la madre, contribuyendo así a la digestión del alimento, regulación del sistema inmunológico y prevención de infecciones gastrointestinales; también contribuye a la prevención de infecciones respiratorias, la SARS-CoV-2 entre muchas otras. Además, existe evidencia de que el amamantamiento durante los primeros días de vida puede influir en la predisposición genética, reduciendo la incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, la hipercolesterolemia o las alergias<sup>2,3</sup>.

Se ha observado que la leche materna potencia el desarrollo cognitivo, sensorial y psicomotor del niño<sup>2</sup>. La adquisición de estas competencias no está relacionada solamente con la composición de la leche materna como se podría pensar en un primer momento, también con el propio acto de amamantar, y permite establecer un vínculo madre-hijo y una relación de apego seguro, que conducirán al desarrollo de habilidades sociales en el futuro.

Por otro lado, la LM también promueve la salud de las madres, tanto física como emocionalmente. Los altos niveles de prolactina suprimen las gonadotropinas, interrumpiendo la ovulación y consiguiendo la amenorrea. Al suspender los ciclos ovulatorios, disminuye el riesgo de cáncer de ovario y de mama. Cada año de LM puede reducir hasta un 4% el riesgo de cáncer de mama y cada mes hasta un 2% el cáncer de ovario<sup>4</sup>. La amenorrea producida por la lactancia también tiene beneficios para otras patologías no neoplásicas, como la endometriosis.

El amamantamiento durante la primera hora de vida contribuye a la producción de oxitocina, encargada de la contracción uterina, que facilita la involución del útero y reduce el riesgo de hemorragia postparto. Además, es la hormona responsable de aumentar el umbral del dolor, favoreciendo el bienestar de la madre y potenciando el vínculo madre-hijo. También tiene efecto anorexígeno y lipolítico, reduce la resistencia a la insulina, fomenta la pérdida de peso y el regreso a las condiciones pregestacionales maternas; proporcionándoles una mayor satisfacción con su imagen corporal. Perrine et al demostraron la asociación inversa entre la dosis de LM y el riesgo materno de diabetes tipo 2, existiendo una reducción del riesgo del 4-12% por cada año adicional de lactancia. Las mujeres que no amamantaron presentaron un 50% más de riesgo versus las que ofrecieron el pecho aunque solamente lo hiciesen durante un periodo corto (1-3 meses)<sup>4</sup>.

Otros estudios demuestran que aproximadamente el 13% de las madres pueden presentar signos y/o síntomas depresivos tras el parto, relacionados con niveles bajos de oxitocina<sup>3</sup>. Como hemos comentado anteriormente con la lactancia materna se alcanzan niveles elevados de oxitocina y prolactina, hormonas que producen efecto ansiolítico al reducir los niveles de ACTH y cortisol maternos. Además, se debe tener en cuenta la situación estresante a la que se enfrentan las madres tras el parto, que supone una sobrecarga tanto física como emocional. La LM puede ayudar a reducir sus niveles de ansiedad y de estrés, y evitar la aparición de síntomas depresivos.

Por lo tanto, podemos afirmar que la alimentación con LM es posiblemente la estrategia con mayores beneficios y menor coste económico empleada en el ámbito sanitario. Sin embargo, debemos recalcar que los beneficios son dosis-dependiente. Mantener LME durante los 6 primeros meses es lo que resulta más ventajoso, incluso es mejor ofrecer LM una vez que no amamantar nunca.

A pesar de la importancia reconocida de amamantar, esta práctica aún no está bien implantada a nivel mundial, sobre todo en los países más desarrollados. Desde nuestro punto de vista, uno de los principales motivos puede ser la dificultad a la hora de compaginar la vida laboral y personal de la madre, así como la falta de asesoramiento y de prácticas de apoyo. La LM no es únicamente una responsabilidad de la madre, sino de toda la sociedad.

## **La repercusión de la consejería en la lactancia materna**

El inicio de la lactancia puede llegar a ser abrumador para muchas madres, debido al desconocido mundo al que se enfrentan. A pesar de ser un acto natural es, al mismo tiempo, un comportamiento aprendido. Para poder combatir este sentimiento existen diversos métodos de apoyo, que facilitan dicha etapa. La consejería en lactancia materna o “counseling” aparece como respuesta a estas necesidades.

Aunque no existe una definición unánime de la consejería en lactancia materna, podemos recoger una serie de ideas comunes que la definen. Consiste en fomentar la autoconfianza en la capacidad de amamantar y la capacidad de decisión de las madres, con el fin de alcanzar una lactancia satisfactoria, y busca soluciones personalizadas y adaptadas a sus necesidades. Para ello, es imprescindible que el personal de salud, y en concreto, el pediatra, disponga de habilidades comunicativas, como la escucha activa, el refuerzo positivo, la comprensión de los sentimientos, la aceptación y la empatía. Por tanto, no consiste en aconsejar, sino en saber escuchar y transmitir la información necesaria para que la madre decida, bien informada, respaldada y segura.

Es un acto comunicativo entre dos o más personas, donde los profesionales deben haber sido instruidos en conocimientos relacionados con el manejo de la lactancia, tanto como en habilidades de interacción social.

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (iHAN), creada por la OMS y UNICEF en 1991-1992, surge con el objetivo de adoptar prácticas en las salas de maternidad que protejan, promuevan y apoyen la LME desde el nacimiento, siendo esta la forma óptima de alimentar a los bebés los primeros 6 meses de vida. La propia iHAN oferta programas teóricos-prácticos a los hospitales y centros de salud, en los que incluye formación sobre consejería en lactancia materna y sobre los 10 pasos para la lactancia materna eficaz, fundamentales para la obtención de la acreditación de centro iHAN. No obstante, no es imprescindible que la instrucción de los profesionales se lleve a cabo a través de este organismo, el único requisito es que coincidan los planes de formación.

A pesar de las facilidades que existen, en muchos hospitales no se dedican recursos a la formación en consejería en lactancia materna. La implantación de dicha formación específica todavía no es universal debido al desconocimiento que existe sobre sus beneficios. Aunque hay evidencia de que los hospitales iHAN consiguen tasas más elevadas de LM, existen pocas publicaciones que relacionen la práctica de la consejería con el éxito de la lactancia<sup>5,6</sup>.

En el presente estudio, pretendemos evaluar cómo influye la consejería aplicada en la maternidad de un hospital en la autoconfianza de la madre en su capacidad de amamantar y en su nivel de ansiedad y, a corto plazo, en el éxito de la lactancia materna.

## **HIPÓTESIS**

La consejería en lactancia materna reduce la ansiedad de las madres y potencia la autoconfianza en su capacidad de amamantar, lo que repercute en el éxito de la lactancia materna.

## **OBJETIVOS**

### **1.- Principal:**

1.1.- Estudiar si la consejería en lactancia materna reduce la ansiedad de las madres y potencia su autoconfianza en la capacidad de amamantar.

### **2.- Secundarios:**

2.1.- Relacionar el nivel de las habilidades comunicativas del pediatra, parte fundamental de la consejería, con la reducción de la ansiedad materna y el aumento de la autoconfianza de la madre en su capacidad de amamantar.

2.2.- Valorar la influencia de la consejería en la tasa de lactancia materna exclusiva durante la estancia hospitalaria.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se llevó a cabo un estudio prospectivo en el periodo comprendido entre septiembre y febrero de 2021-2022. La población diana fueron madres que dieron a luz en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, que habían decidido amamantar.

Para la selección de las madres, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Alumbramiento entre la semana 35 y 42 de gestación, mediante parto natural (incluyendo parto instrumentado) o cesárea, en el hospital a estudio, que inicie lactancia materna.
- Ausencia de barrera idiomática con la pediatra.
- Intención de ofrecer lactancia materna exclusiva o mixta.

En cuanto a los criterios de inclusión de los bebés:

- Recién nacidos, entre 35 y 42 semanas, que permanezcan en la maternidad del hospital.

En lo referente a los criterios de exclusión, se tuvieron en cuenta:

- Madre y/o hijo diagnosticados de alguna enfermedad que imposibilite permanecer durante el ingreso en la misma habitación y/o iniciar el periodo de lactancia.
- Madre que haya decidido ofrecer lactancia artificial.

Se escogió el Hospital Universitario Joan XXIII, que atesora la acreditación iHAN, distintivo de calidad en cuanto a la atención dirigida a madres y lactantes, y que por tanto presenta formación específica en consejería en lactancia materna. De este modo, se valoró, a través de la pediatra encargada del área de lactancia materna, la influencia que tiene esta instrucción concreta sobre la autoconfianza y la ansiedad de las madres.

Para ello, hicimos uso de tres cuestionarios validados: STAI, BBSCe y CICAA.

En primer lugar, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo o State-Trait Anxiety Inventory (STAI) evalúa la ansiedad como condición emocional transitoria y como propensión ansiosa relativamente estable, respectivamente. Es un inventario autoaplicado y válido tanto para población general como para pacientes, de gran utilidad a la hora de evaluar la fluctuación del estado emocional materno tras las visitas del pediatra durante el ingreso. Anexo 1

En segundo lugar, la Encuesta sobre el Comienzo de la Lactancia Materna o Beginning Breastfeeding Survey-Cumulative (BBSCe), un autoinforme creado para evaluar la percepción materna global sobre la eficacia de la lactancia durante los primeros días postparto, que nos informó sobre la autoconfianza de la madre. Anexo 2

Y por último, evaluamos las habilidades comunicativas del pediatra utilizando el Cuestionario CICAA (acrónimo de: Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar). Es un instrumento que permite a un observador externo evaluar la relación clínica entre el profesional y el paciente en consulta, adaptado a la práctica asistencial en lactancia materna. Para poder correlacionar el CICAA con la práctica en consejería, hemos modificado el cuestionario eliminando aquellos ítems (14, 15, 20, 22, 29) únicamente apropiados para la valoración de la atención primaria (finalidad inicial de dicho cuestionario), pero no para la consejería en lactancia materna. Anexo 3

Tras el alumbramiento y una vez instaladas en la habitación de la planta de maternidad, se les proporcionó a las madres los cuestionarios autoaplicables para valorar la ansiedad (STAI) y la autoconfianza (BBSCe). Posteriormente, al alta, volvieron a cumplimentar estos cuestionarios (STAI y BBSCe) con el fin de valorar las diferencias tras el paso y apoyo recibido por el pediatra. Por tanto, el seguimiento de cada madre duró dos o tres días en función de la duración de ingreso.

Para cerciorarnos de que las diferencias entre los cuestionarios iniciales y al alta son debidas a la influencia de la consejería en lactancia materna, hicimos uso del cuestionario CICAA, que evalúa las habilidades comunicativas del profesional. Así, cuando la pediatra adjunta o residente visita por primera vez a la paciente, las investigadoras están presentes cumplimentando el cuestionario que evalúa sus habilidades comunicativas. Se debe tener en cuenta que, no fue un estudio ciego a la hora de evaluar las habilidades comunicativas de los pediatras, ya que las investigadoras eran conscientes de la edad y experiencia de cada uno de ellos. Sin embargo, antes de empezar a reclutar pacientes, estuvieron un tiempo familiarizándose con el CICAA para así poder aplicar esta herramienta con la máxima

objetividad. Ambas investigadoras acordaron previamente el método de puntuación apartado por apartado, intentando reducir al máximo el sesgo a la hora de cumplimentar el cuestionario CICAA. Además, el hecho de que el cuestionario CICAA sea evaluado mediante ítems facilita la objetividad de la valoración. Por tanto, en nuestro estudio, valoramos la influencia de la consejería en la lactancia materna, durante la entrevista médico-paciente que lleva a cabo el pediatra con formación específica en consejería.

El servicio de lactancia materna en el Hospital Universitario Joan XXIII se compone de un equipo de pediatras adjuntas y residentes. Durante el estudio trabajamos con muchas de ellas, y utilizamos el CICAA para clasificar todas las entrevistas según su calidad en cuanto a habilidades comunicativas. Vimos conveniente especificar las diferencias entre las distintas pediatras (adjuntas o residentes), puesto que la formación recibida a nivel cuantitativo, así como su experiencia, podrían modificar los resultados. Esta diferenciación ya está incluida en el propio cuestionario CICAA. Así, cuanto más formación recibida y mayor experiencia en la misma, esperamos mayor correlación con una buena puntuación en el cuestionario CICAA.

Además, recogimos distintas variables de interés, maternas y del recién nacido, que nos permitieron obtener información acerca de posibles factores influyentes en la lactancia materna, y conocer la relación de la consejería con los mismos. Para ello, accedimos a las historias clínicas de los pacientes (madre e hijo), y cuando fue necesario, lo completamos con una entrevista clínica, antes de que la madre recibiera el alta.

Los datos a recoger fueron los siguientes:

- Variables Sociodemográficas y Culturales
  - Edad materna el día del parto (años)
  - País de origen materno
  - Nivel educativo (< secundaria/ ≥ secundaria)
  - Ingresos familiares mensuales (≤ 1000€ al mes/ > 1000€ al mes)
  - Número de miembros de la unidad familiar
  - Convive con su pareja (si/no)
  - Apoyo familiar (si/no)
  - Embarazo actual deseado (si/no)
  
- Variables Clínicas Maternas
  - Tabaquismo (si/no)
  - IMC pre-embarazo (delgadez leve 17-18.49/ normal 18.5-24.99/ sobrepeso 25-29.99)
  - Paridad (primípara/ no primípara)
  - Abortos previos (si/no)
  - Dificultad para concebir (si/no)
  
- Variables Obstétricas
  - Tipo de parto (vaginal/ instrumentado/ cesárea)
  - Tipo de anestesia recibida durante el parto (epidural-raquídea/ local/ ninguna)

- Método de concepción (natural/ artificial)
- Piel con piel (si/no)
- Variables del Recién nacido
  - Sexo (masculino/femenino)
  - Peso al nacimiento (g)
  - Longitud al nacimiento (cm)
  - Perímetro craneal (PC) al nacimiento (cm)
- Variables de Lactancia
  - Experiencia previa de lactancia (materna/mixta/artificial)
  - Duración de la experiencia previa en caso de LM (<6meses/ ≥6meses)
  - Evaluación experiencia previa de LM (buena/ regular/ mala)
  - Participa en cursos sobre lactancia (si/no)
  - Lactancia durante la estancia hospitalaria:
    - Tipo de lactancia (materna / mixta)
    - Molestias durante las tomas: dolor, grietas, infecciones (si/no)
    - Necesidad de pezoneras (si/no)
    - Sensación materna de cantidad de leche insuficiente (si/no)

Una vez recogida toda la información, tanto de dichas variables como de los cuestionarios anteriormente mencionados, estudiamos si seguían una distribución normal empleando el Test de Shapiro-Wilks, para muestras pequeñas (<30 pacientes). Únicamente las variables STAI1\_Estado y CICAA\_Total no siguieron una distribución normal (p valor < 0.05).

Posteriormente, realizamos la comparación de variables con distribución normal mediante la Prueba T de Student para muestras apareadas y, para las variables con distribución no normal utilizamos tests no paramétricos, la Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon y/o la Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. Al comparar una variable que seguía la normalidad con otra que no, realizamos la Prueba T de Student para muestras apareadas y un test no paramétrico, elaborando una valoración con la interpretación de ambas pruebas.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Instituto de Investigación Sanitaria Pere i Virgili (CEIm-IISPV) en su reunión con fecha 30-09-2021, con número de referencia 105/2021.

## **RESULTADOS**

El estudio se realizó en el área de maternidad del Hospital Universitario Joan XXIII, centro con acreditación iHAN. Todos los pediatras que participaron en el estudio, tanto médicos adjuntos como residentes, fueron mujeres.

El número final de participantes fue de 17 madres, todas ellas cumplieron todos los ítems de los cuestionarios. De las 17 madres que componen la población de estudio, las 12 primeras recibieron consejería en LM por parte de médicas adjuntas y las 5 últimas por médicas residentes. La pérdida de sujetos durante el estudio fue del 42% de la muestra inicialmente calculada, por diferentes motivos explicados a continuación en el apartado de limitaciones. Solamente una paciente rehusó participar debido al cansancio que conlleva el periodo postparto.

**Tabla 1. Características de las pacientes, experiencia en LM previa y LM actual. Características del profesional médico. Características de los recién nacidos.**

VARIABLE		N (porcentaje)	TOTAL
<b>País de Origen</b>	España	12 (70.6%)	17
	Latinoamérica	5 (29.4%)	
<b>Ingresos mensuales</b>	>1000/mes	16 (94.1%)	17
	≤1000/mes	1 (5.9%)	
<b>Nivel educativo</b>	≥Estudios secundarios	15 (88.2%)	17
	< Estudios secundarios	2 (11.8%)	
<b>Unidad Familiar</b>	3 personas	10 (58.8%)	17
	4 personas	2 (11.8%)	
	5 personas	5 (29.4%)	
<b>Convive con pareja</b>	Sí	17 (100%)	17
<b>Apoyo familiar</b>	No	2 (11.8%)	17
	Sí	15 (88.2%)	
<b>Embarazo deseado</b>	No	1 (5.9%)	17
	Sí	16 (94.1%)	

<b>Tabaquismo</b>	No	13 (76.5%)	17
	Sí	4 (23.5%)	
<b>IMC pre-embarazo</b>	Normal	15 (88.2%)	17
	Obesidad	2 (11.8%)	
<b>Paridad</b>	Primípara	10 (58.8%)	17
	No primípara	7 (41.2%)	
<b>Abortos previos</b>	No	12 (70.6%)	17
	Sí	5 (29.4%)	
<b>Dificultad para concebir</b>	No	17 (100%)	17
<b>Tipo de parto</b>	Vaginal	14 (82.4%)	17
	Cesárea	2 (11.8%)	
	Instrumentado	1 (5.9%)	
<b>Anestesia parto</b>	Epidural	17 (100%)	17
<b>Método de concepción</b>	Natural	17 (100%)	17
<b>Piel con piel</b>	No	1 (5.9%)	17
	Sí	16 (94.1%)	
<b>Sexo del bebé</b>	Masculino	12 (70.6%)	17
	Femenino	5 (29.4%)	
<b>Lactancia previa (No primíparas)</b>	Lactancia materna	4 (57.14%)	7
	Lactancia mixta	3 (42.86%)	

<b>Evaluación lactancia previa</b>	Buena	3 (42.86%)	
	Regular	2 (28.57%)	
	Mala	2 (28.57%)	
<b>Cursos de lactancia</b>	No	14 (82.4%)	17
	Sí	3 (17.6%)	
<b>Lactancia durante ingreso</b>	LME	15 (88.2%)	17
	Lactancia mixta	2 (11.8%)	
<b>Molestias al amamantar</b>	No	4 (23.5%)	17
	Sí	13 (76.5%)	
<b>Uso de pezoneras</b>	No	11 (64.7%)	17
	Sí	6 (35.3%)	
<b>Sensación de cantidad de leche insuficiente</b>	No	6 (35.3%)	17
	Sí	11 (64.7%)	
<b>Profesional médico</b>	Residente	5 (29.4%)	17
	Adjunto	12 (70.6%)	

<b>VARIABLE</b>	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DE</b>	<b>MÍNIMO</b>	<b>MÁXIMO</b>
<b>Edad materna</b>	17	29.12	5.97	19	38
<b>Peso RN (g)</b>	17	3267	250.87	2780	3760
<b>Longitud RN (cm)</b>	17	50.29	2.02	47	56
<b>PC RN (cm)</b>	17	33.94	1.60	31	36

Vemos que el 70.6% de madres son españolas, mientras que el 29.4% son originarias de Sudamérica. La inmensa mayoría de altos ingresos y nivel educativo. Todas con pareja, y casi el 90% con apoyo familiar. Todas sin dificultad para concebir; 70.6% sin abortos previos. Todos los embarazos, a excepción de 1, fueron deseados. De la población estudiada, 3/4 partes no fumadoras y casi el 90% sin sobrepeso.

Alrededor del 60% parió a su primer hijo, 12% al segundo y 29% al tercero. El 70.6% tuvo un niño y el 29.4% una niña. Casi el 90% fueron partos vía vaginal, el 11.8% cesáreas; todas con anestesia epidural. Todas las pacientes menos una disfrutaron del piel con piel inmediato.

El 40% tenía experiencia previa en LM (exclusiva o mixta) y evaluaron su amamantamiento anterior favorablemente en casi la mitad de los casos; mientras que alrededor del 60% eran primíparas. Durante este embarazo, el 82% no había realizado formación acerca de la LM más allá de la impartida por sus matronas en el centro de salud.

A lo largo del ingreso todas las participantes amamantaron a su bebé, y casi el 90% de forma exclusiva, a pesar de que 3/4 partes refirió dolor al amamantar, 1/3 usó pezoneras y 2/3 tuvo sensación de cantidad de leche insuficiente. De las entrevistas, el 70.6% fueron realizadas por médicos adjuntos de pediatría.

Las madres incluidas en el estudio tienen una media de edad alrededor de los 29 años, siendo la más joven de 19 y la más mayor de 38 años. Los recién nacidos presentaron una media de peso, talla y perímetro cefálico dentro de la normalidad.

**Tabla 2. Resultados de los cuestionarios empleados (STAI, BBSCe, CICAA) en su totalidad y por subapartados, al ingreso (1) y al alta (2).**

VARIABLE	N	MEDIA*	DE*	MÍNIMO	MÁXIMO
STAI1_Estado	17	11	30	0	30
STAI1_Rasgo	17	14.18	7.29	5	26
STAI2_Estado	17	10.59	7.41	0	24
STAI2_Rasgo	17	12.41	5.65	1	21

<b>BBSCe1</b>	17	90.59	17.49	59	120
<b>BBSCe2</b>	17	97.12	11.96	82	117
<b>CICAA_Total</b>	17	37	25	17	42

\*Todas las variables siguen una distribución normal, a excepción del STAI1\_Estado y CICAA\_Total, para las que se emplea mediana y rango en lugar de media y DE.

La ansiedad de las mujeres tras dar a luz durante las primeras horas de ingreso corresponde al STAI1\_Estado, cuya mediana es de 11 puntos (inferior al percentil 50 por edad y sexo). Sin embargo, la ansiedad de esas mujeres al alta calculada a partir del STAI2\_Total, supone una media de 10.59 puntos (inferior percentil 50). Si nos fijamos en los subapartados de Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado, y comparamos la puntuación al alta con la de ingreso, vemos que ambas disminuyen ligeramente durante la hospitalización en la mayoría de los casos, aunque la desviación estándar no es despreciable. Aun así, los niveles de ansiedad de la mayoría de madres se mantienen por debajo del 50% de los de la población general.

La autoconfianza materna también se ve modificada favorablemente durante los días de ingreso, se objetiva un discreto aumento. La media de puntuación en el BBSCe1 es de 90.59 puntos frente a la del BBSCe2 que es de 97.12 puntos. En general, podemos decir que las madres parten de una buena autoconfianza, ya que la puntuación máxima del cuestionario es de 120 puntos. Y en el transcurso del postparto inmediato, la mayoría de madres mantiene o aumenta el grado de autoconfianza.

Al valorar las habilidades comunicativas de los profesionales con el cuestionario CICAA se alcanzó una media total de 34.41 puntos, siendo 48 puntos la máxima puntuación posible del test.

**Tabla 3 y 4. Ansiedad por edades.**

		Ansiedad Rasgo 1			Total
		0 a 10	11 a 20	21 a 30	
Edad Materna	<20	2	0	0	2
(años)	20 a 30	3	3	2	8
	31 a 40	2	2	3	7
<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>17</b>

Edad Materna (años)		Ansiedad Estado 1			Total
		0 a 10	11 a 20	21 a 30	
<20		0	2	0	2
20 a 30		3	4	1	8
31 a 40		5	0	2	7
Total		8	6	3	17

En cuanto a la Ansiedad-Rasgo, parece que a mayor edad son más ansiosas de base. Mientras que para la Ansiedad-Estado, las madres más jóvenes son las que tienen mayores niveles de ansiedad como emoción transitoria.

**Tabla 5. Autoconfianza por edades.**

Edad Materna (años)		BBSCE 1				Total
		<60	60 a 80	81 a 100	101 a 120	
<20		0	0	2	0	2
20 a 30		0	1	4	3	8
31 a 40		1	3	1	2	7
Total		1	4	7	5	17

Parece que mayor edad materna, menos autoconfianza en su capacidad de amamantar.

**Tabla 6. Tipo de lactancia durante el ingreso por edades.**

Edad Materna (años)		Lactancia durante ingreso		Total
		LME	LMM	
<20		2	0	2
20 a 30		7	1	8
31 a 40		6	1	7
Total		15	2	17

\*LME: Lactancia Materna Exclusiva; LMM: Lactancia Materna Mixta.

No se objetivan diferencias en el tipo de lactancia elegida durante el ingreso por edad.

**Tabla 7, 8 y 9. Complicaciones de la lactancia materna por edades.**

Edad Materna (años)		Molestias al amamantar		Total
		No	Si	
<20		0	2	2
20 a 30		1	7	8
31 a 40		3	4	7
Total		4	13	17

		Uso de pezoneras		Total
		No	Si	
Edad Materna (años)	<20	1	1	2
	20 a 30	6	2	8
	31 a 40	4	3	7
Total		11	6	17

  

		Sensación de cantidad de leche insuficiente		Total
		No	Si	
Edad Materna	<20	1	1	2
	20 a 30	2	6	8
	31 a 40	3	4	7
Total		6	11	17

Las madres menores de 30 años sufrieron más molestias al amamantar (dolor, grietas, infección), y también manifestaron con más frecuencia la sensación de no tener leche suficiente para sus bebés. Sin embargo, las madres más mayores son las que tienden a usar pezoneras.

**Tabla 10. Participación en cursos de LM por edades.**

		Cursos lactancia		Total
		No	Si	
Edad Materna (años)	<20	2	0	2
	20 a 30	6	2	8
	31 a 40	6	1	7
Total		14	3	17

Parece que la formación en lactancia materna es menor en las madres menores de 20 años.

**Tabla 11. Habilidades comunicativas según experiencia del pediatra.**

		CICAA Intervalo				Total
		11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	
Profesional	Residente	1	3	1	0	5
	Adjunto	0	0	10	2	12
Total		1	3	11	2	17

Se evidencia mayor puntuación en el Cuestionario CICAA, y por tanto mejor desempeño de habilidades comunicativas, en los médicos adjuntos. La mayoría de médicos residentes tienen una puntuación igual o inferior a 30, siendo la puntuación máxima del cuestionario 48 puntos.

**Tabla 12 y 13. Complicaciones de la LM durante el ingreso junto con experiencia previa en lactancia.**

		Molestias al amamantar		Total
		No	Si	
Lactancia previa (no primíparas)	LME	1	3	4
	LMM	1	2	3
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>5</b>	<b>7</b>

\*LME: Lactancia Materna Exclusiva; LMM: Lactancia Materna Mixta.

		Sensación de cantidad de leche insuficiente		Total
		No	Si	
Profesional	Residente	2	3	5
	Adjunto	4	8	12
<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>11</b>	<b>17</b>

No parece haber diferencia en la aparición de molestias a la hora de amamantar ni en la sensación de cantidad de leche insuficiente, hiciesen anteriormente LM exclusiva o mixta.

**Tabla 14. Tipo de lactancia durante el ingreso junto con tipo de lactancia previa.**

		Lactancia durante ingreso		Total
		LME	LMM	
Lactancia previa (no primíparas)	LME	4	0	4
	LMM	1	2	3
<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>

\*LME: Lactancia Materna Exclusiva; LMM: Lactancia Materna Mixta.

Todas las madres que habían ofrecido LME en su experiencia previa, decidieron seguir apostando por la LME. De las 3 madres que ofrecieron LMM previamente, 1 cambió a LME durante el ingreso actual.

**Tabla 15. Tipo de lactancia en experiencia previa y su evaluación.**

		Evaluación LM previa			Total
		Buena	Regular	Mala	
Lactancia previa (no primíparas)	LME	3	0	1	4
	LMM	0	2	1	3
<b>Total</b>		<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>

\*LME: Lactancia Materna Exclusiva; LMM: Lactancia Materna Mixta.

La mayoría de madres que ofreció LME a su hijo anterior evaluó la experiencia como buena, mientras que todas las madres que ofrecieron LMM evaluaron su experiencia como regular o mala.

**Tabla 16. Ansiedad-Estado 1 según paridad.**

Paridad		Ansiedad Estado 1			Total
		0 a 10	11 a 20	21 a 30	
Paridad	Primípara	3	5	2	10
	No primípara	5	1	1	7
Total		8	6	3	17

Las madres primíparas están más ansiosas al inicio de la lactancia materna que las no primíparas.

**Tabla 17. Autoconfianza en lactancia según paridad.**

Paridad		BBSCE1 Intervalo				Total
		<60	60 a 80	81 a 100	101 a 120	
Paridad	Primípara	0	3	5	2	10
	No primípara	1	1	2	3	7
Total		1	4	7	5	17

No parece haber diferencias entre primíparas y no primíparas en el grado de autoconfianza durante el inicio de la lactancia.

**Tabla 18, 19 y 20. Complicaciones de la lactancia materna según paridad.**

Paridad		Molestias		Total
		No	Si	
Paridad	Primípara	2	8	10
	No primípara	2	5	7
Total		4	13	17

Paridad		Pezoneras		Total
		No	Si	
Paridad	Primípara	7	3	10
	No primípara	4	3	7
Total		11	6	17

Paridad		Sensación de cantidad de leche insuficiente		Total
		No	Si	
Primípara	Primípara	2	8	10
	No primípara	4	3	7
Total		6	11	17

La mayoría de madres presentan molestias durante la lactancia, sean primíparas o no. Las madres no primíparas usan más pezoneras. Las madres primíparas, más inexpertas, refieren más dudas sobre la producción de leche.

**Tabla 21 y 22. Complicaciones de la lactancia materna según Ansiedad-Rasgo.**

Ansiedad Rasgo 1		Pezoneras		Total
		No	Si	
0 a 10 11 a 20 21 a 30	0 a 10	4	3	7
	11 a 20	3	2	5
	21 a 30	4	1	5
Total		11	6	17

  

Ansiedad Rasgo 1		Problemas cantidad leche		Total
		No	Si	
0 a 10 11 a 20 21 a 30	0 a 10	3	4	7
	11 a 20	2	3	5
	21 a 30	1	4	5
Total		6	11	17

Las madres más ansiosas de base usan menos pezoneras, pero tienen con más frecuencia sensación de hipogalactia.

**Tabla 23. Significación estadística de los cuestionarios.**

	P valor	Correlación de Pearson
STAI2_Estado - STAI1_Estado	0.442	
STAI2_Rasgo - STAI1_Rasgo	0.08	
BBSCe2 - BBSCe1	0.164	
CICAA * Tipo de pediatra (adjunto/residente)	0.001	
CICAA * Diferencia STAI_Estado	0.048	-0.048
CICAA * Diferencia BBSCe	0.083	0.432

Posteriormente, valoramos si las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en los diferentes cuestionarios al alta y el primer día de ingreso fueron estadísticamente significativas.

Al estudiar la diferencia entre el STAI\_Estado obtuvimos un p valor = 0.442; STAI\_Rasgo un p valor = 0.083; BBSCe\_Total un p valor = 0.164. En todos los casos obtuvimos  $p > 0.05$ , por lo que no fueron estadísticamente significativos.

En cuanto a las diferencias encontradas en las puntuaciones del CICAA en función de si la pediatra es adjunta o residente, obtuvimos un p valor = 0.001, por lo que sí son estadísticamente significativas.

Las habilidades comunicativas del profesional influyen en la ansiedad de las madres, de manera que a mayor puntuación en el CICAA disminuye la ansiedad materna al alta; siendo estadísticamente significativo con una p valor = 0.048 ( $p < 0.05$ ) y un coeficiente de correlación de Pearson de -0.487.

La influencia de las habilidades comunicativas en la autoconfianza materna no sería a priori estadísticamente significativa, p valor = 0.083, con una correlación de Pearson de 0.432.

## DISCUSIÓN

Según nuestros resultados, la consejería en lactancia materna reduce la ansiedad de las madres y parece potenciar su autoconfianza en la capacidad de amamantar. Además, encontramos que estos resultados dependen del nivel de habilidades comunicativas del pediatra.

La imposibilidad de recoger información acerca del número de biberones/día y del porcentaje de pérdida de peso, así como el pequeño tamaño muestral, impidieron el estudio y comprobación de uno de los objetivos planteados: “Valorar la influencia de la consejería en la tasa de lactancia materna exclusiva durante la estancia hospitalaria.”.

Encontramos que en el estudio únicamente participan pediatras adjuntas y residentes mujeres, debido a que suponen la mayoría del equipo de pediatría del hospital que acoge el estudio. Pensamos que posiblemente las madres se sientan más comprendidas y sientan más tranquilidad tras la visita si son visitadas por un pediatra de su mismo sexo; por lo que tendría influencia positiva en los resultados obtenidos. Por ello, sería conveniente para futuras investigaciones, comprobar si pediatras varones con puntuación similar en el CICAA a las profesionales del estudio, obtienen los mismos resultados en cuanto a ansiedad y autoconfianza maternas.

Se debe tener en cuenta que el Cuestionario CICAA fue inicialmente creado para valorar las habilidades comunicativas en los centros de atención primaria. Presenta un carácter multidisciplinar evaluando categorías de contenido, de actos de habla o instrumentales, de comunicación no verbal y de valoración afectiva. Debido a la idoneidad de dicho cuestionario

para la investigación que nos concierne, decidimos adaptarlo para su uso en la evaluación de la consejería en LM.

Por un lado, en cuanto a la Ansiedad-Estado, vemos una reducción de la media de -1.41 puntos, que corresponde a una disminución de la ansiedad como emoción transitoria en el contexto del inicio de la lactancia materna. Sin embargo, dicha diferencia no fue estadísticamente significativa. Probablemente el pequeño tamaño muestral influyó en la significación estadística, partiendo de que STAI1\_Estado no presenta una distribución normal mientras que STAI2\_Estado sí, y valoramos la diferencia de ambas.

La población estudiada se encuentra bastante sesgada, debido probablemente a que se exigía una buena comprensión del idioma (castellano y/o catalán) para poder rellenar los cuestionarios y participar en el estudio. La gran mayoría eran mujeres españolas, de altos ingresos y nivel educativo, con apoyo familiar y hábitos saludables. Este sesgo poblacional puede explicar los niveles de ansiedad moderado-bajos de entrada.

Destacan los valores extremos de los sujetos 3, 14 y 15, habiendo una gran diferencia entre el estado ansioso al inicio y al final de la hospitalización. La diferencia fue de 18 y 12 puntos para los sujetos 14 y 15 respectivamente, y de -23 puntos para el sujeto 3. Recordar que las pacientes de la 1 a la 12 fueron entrevistadas por médicos adjuntos, y el resto por residentes.

Por otro lado, respecto a la Ansiedad-Rasgo, vemos una reducción de la media de -1,77 puntos. Llama la atención esta diferencia, puesto que se evalúa la personalidad ansiosa, una característica inherente a la persona que se debería mantener estable. Por ejemplo, la paciente 3 presentó una diferencia de -18 puntos, solo en el transcurso de 2 días de hospitalización. Esta diferencia tampoco fue estadísticamente significativa. Pensamos que las fluctuaciones en la Ansiedad-Rasgo pueden deberse a la labilidad emocional que presentan las madres en el periodo postparto, ya que observamos como la Ansiedad-Estado y la Ansiedad-Rasgo se modifican paralelamente. Todo ello, a pesar de haber comprendido el significado de cada concepto, que les fue explicado por las investigadoras siguiendo la misma metodología.

De las 17 madres que participaron en el estudio, únicamente 4 incrementaron su estado de ansiedad durante la hospitalización. De estas últimas, 3 fueron visitadas por médicos internos residentes. Entre ellas, se encuentra la paciente 14, visitada por médico residente quien obtuvo una puntuación de 23 puntos en el CICAA, y caracterizándose por reflejar el mayor aumento de ansiedad. Esta sería la puntuación más baja en el test de habilidades comunicativas, a excepción del caso 16, en el que la paciente se encontraba dormida mientras se le debía realizar la consejería en lactancia materna.

La paciente 8, con mayor puntuación en el test CICAA, no es el sujeto que mayor diferencia obtuvo en el cuestionario STAI\_Estado, puesto que su puntuación inicial y final fue de 0 puntos. Podemos deducir que a pesar de ser entrevistada por el pediatra que mejor ejercía la consejería en LM, no hubo una importante diferencia debido a que fue la madre menos ansiosa.

En general, llama la atención que los valores medios de ansiedad en las madres que acaban de dar a luz no son excesivamente elevados, como se podría pensar por la situación de estrés que están experimentando. Podría verse relacionado con los niveles elevados de oxitocina, que aumenta el umbral del dolor y tiene efectos ansiolíticos.

En cuanto al BBSCe (autoconfianza materna), obtenemos un aumento de la media de 6.53 puntos. Dicha diferencia tampoco presenta significación estadística. Llama la atención que la mayoría de las madres parten de una buena autoconfianza, teniendo en cuenta que la media del BBSCe inicial es de 90.59 puntos y la puntuación máxima del cuestionario es de 120 puntos. Esto se traduce en una buena preparación al parto desde los centros de salud por parte de las matronas, ya que la mayoría de madres no realizó cursos de LM fuera de sus centros de referencia.

Destacan con valores extremos los sujetos 3 y 14. La madre 3 es la que obtiene un mayor aumento de la autoconfianza, visitada por médico adjunto; y la madre 14 es la que sufre mayor empeoramiento, visitada por médico residente.

De las 5 madres que recibieron consejería en LM por médicos residentes, 4 empeoraron su autoconfianza. Mientras que de las 12 madres que recibieron consejería en LM por médicos adjuntos, solamente empeoraron 3.

Los resultados nos muestran que cuando el consejo lo dan los pediatras adjuntos disminuye el STAI\_Estado en 5 puntos ( $p = 0.032$ ) e incrementa en 11.7 puntos el BBSCe\_Total ( $p = 0.029$ ), ambos de forma significativa.

Las diferencias encontradas en las puntuaciones del CICAA en función de si el pediatra es adjunto o residente son estadísticamente significativas ( $p = 0.001$ ).

Un pediatra adjunto tiene más experiencia y ha recibido la formación específica en cuanto a consejería en lactancia materna, mediante los cursos propuestos por la OMS/UNICEF, lo que le proporciona las habilidades necesarias para afrontar de manera exitosa las visitas a las madres. A diferencia de estos, los residentes que participaron en el estudio, debido a la pandemia, no habían recibido todavía ningún tipo de formación en consejería en LM. De hecho, el pediatra residente que realizó la visita a la paciente 16 obtuvo una puntuación en el CICAA de 17 puntos, ya que no despertó a la madre durante la entrevista, situación que posiblemente no se habría dado si hubiese recibido la formación necesaria. Todo ello, lo vemos reflejado en el estudio puesto que son los que obtienen peores resultados en el CICAA, con más de 10 puntos por debajo de los médicos adjuntos. Esto explicaría tanto las diferencias encontradas en las habilidades comunicativas, como en las fluctuaciones de ansiedad y autoconfianza maternas.

Las habilidades comunicativas del profesional valoradas por el CICAA influyen positivamente en la ansiedad materna de forma estadísticamente significativa incluso a corto plazo, además con un coeficiente de correlación de Pearson de -0.487 (moderadamente fuerte). Estos resultados implican que mejores habilidades comunicativas, y por tanto mayor puntuación en el CICAA, suponen menor ansiedad materna.

Sin embargo, al valorar la influencia del CICAA en la autoconfianza materna, encontramos que no existe significación estadística ( $p = 0.083$ ), con una correlación de Pearson de 0.432. A pesar de que el  $p$  valor sea  $> 0.05$ , el coeficiente de correlación de Pearson es moderadamente fuerte. Consideramos que existe cierta tendencia a la significación, y la correlación de Pearson positiva corroboraría la hipótesis de que a mayor puntuación en el CICAA mayor autoconfianza materna. Todo ello nos hace sospechar que con una muestra mayor conseguiríamos la significación estadística.

## **LIMITACIONES**

La primera limitación que enfrentamos apareció con el planteamiento del estudio, ya que la idea original consistía en la comparación de dos hospitales, uno con acreditación iHAN (Hospital Universitario Joan XXIII) y otro sin ella. Al establecer comunicación con hospitales sin acreditación pidiendo su colaboración obtuvimos una negativa, por lo que tuvimos que modificar el planteamiento inicial del estudio. Así, no pudimos comparar la ansiedad y autoconfianza de madres que recibían consejería frente a las que no.

Una vez rediseñado el estudio supliendo la limitación anterior, comenzamos a realizar las encuestas en el área de maternidad y vimos que la organización del servicio había cambiado. Cuando se planteó el estudio un único pediatra visitaba a los pacientes, mientras que durante la realización del mismo varios profesionales indistintamente se encargaban de ello. De esta forma era habitual que un paciente fuera visitado por más de un pediatra durante su estancia, lo que dificultaba una evaluación sin sesgos del efecto final de la consejería, ya que las habilidades comunicativas varían de un profesional a otro. Además, debemos tener en cuenta que debido a la pandemia por Covid-19, los residentes de primer año no habían podido recibir el curso de consejería en LM.

En relación con lo anteriormente explicado, debemos añadir el pico de la variante Ómicron del SARS-CoV-2, que supuso la reorganización del servicio de pediatría durante el estudio. También, impidió la inclusión de un número importante de sujetos ya que por medidas preventivas los estudiantes no podíamos entrar en contacto con aquellos que fueron positivos. Consideramos que hubiese sido interesante recoger información de estos pacientes, puesto que la situación excepcional en la que se encontraban podría haberse reflejado en los resultados en cuanto a ansiedad y autoconfianza maternas, incluso podrían haber aparecido diferencias en la consejería impartida por los profesionales.

Entre las limitaciones del estudio, habría que reseñar lo difícil que fue compaginar nuestra actividad lectiva universitaria con el reclutamiento de pacientes. Las encuestas y la recogida de información tenían que realizarse durante la jornada ordinaria del pediatra encargado del área de maternidad ese día, que coincidía con nuestro horario lectivo en otros servicios y/o hospitales. También repercutió negativamente en la demostración de nuestro segundo objetivo, que pretendía demostrar la influencia de la consejería en la perpetuación de la LME;

ya que para ello era necesario conocer el número de biberones/día así como el porcentaje de pérdida de peso durante la estancia hospitalaria de cada recién nacido.

Además, aumentó el número de altas precoces debido a la situación pandémica, viéndose reducida la duración de la estancia hospitalaria a 24 horas, tiempo insuficiente para evaluar la influencia de la consejería así como para la recogida de información y cuestionarios.

En muchas ocasiones nos vimos obligadas a la exclusión de pacientes por barrera idiomática. El hecho de no comprender el idioma hacía imposible que pudiesen autorellenar los cuestionarios, así como el desarrollo de una entrevista médico-paciente adecuada. Advertimos un número de sujetos para nada despreciable con esta dificultad, y reflexionamos sobre el hecho de que, a pesar de recibir las mismas prestaciones, los resultados en cuanto a lactancia materna podrían verse modificados, ya que para poder ofrecer una consejería en LM adecuada es necesaria la comunicación en un mismo idioma.

En resumen, la negativa de participación de un segundo hospital que permitiese la comparación, la nueva reorganización del servicio, la variante Ómicron, la incompatibilidad de horarios y la barrera idiomática repercutieron en el tamaño muestral, el cual no alcanzó el objetivo inicial, siendo la principal limitación de este estudio. El pequeño tamaño de la muestra ha dificultado encontrar relaciones significativas a partir de los datos obtenidos y ha complicado asegurar una distribución representativa. Además, ha impedido el análisis de subgrupos con las distintas variables recogidas, ya que al dividir la muestra no obteníamos un tamaño suficiente como para realizar los análisis estadísticos pertinentes y que estos fuesen significativos.

## **SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES**

Actualmente, reconocemos la importancia de la relación médico-paciente en el éxito de aplicación de muchos tratamientos, y por consiguiente, en la resolución de muchas patologías. Esta forma de pensamiento se divulgó por el sector de la medicina con el paso de los años, con la ayuda de estudios que demostraron sus beneficios. Así pues, lo mismo ocurre con la consejería en la lactancia materna. La totalidad de beneficios que plantea todavía es desconocida para gran parte del entorno médico, a pesar de que muchos centros iHAN han demostrado el incremento de tasas en LME. Este equipo de investigación invita a otros miembros de la universidad, así como a compañeros de profesión, a seguir investigando sobre la influencia de la consejería en el éxito de la LM.

Desde el punto de vista metodológico, consideramos pertinente recalcar que existe la posibilidad de abordar el tema estudiado empleando otras metodologías, más modernas o equivalentes pero con instrumentos diferentes. Además, recordar que es posible su aplicación en otros campos de estudio, así como en otras áreas de la práctica médica.

De la experiencia recorrida en este trabajo y una vez concluida la investigación, advertimos que sería interesante completar el estudio incluyendo nuevos elementos y lanzamos algunas propuestas para futuros trabajos.

Se podría ampliar el estudio incluyendo a madres y/o niños con ciertas patologías que no experimentan un inicio de la lactancia corriente. A título de ejemplo, las madres con Covid-19 que se encontraban en el área de maternidad pero con medidas de aislamiento, o los recién nacidos ingresados en la UCIN. Estas circunstancias pueden repercutir en la evolución y el triunfo de la LM. Sería interesante comparar estos sujetos con los ya estudiados, que afortunadamente no necesitaron ninguna atención especial, y comprobar las diferencias en cuanto a autoconfianza y ansiedad maternas, así como corroborar la eficacia de la consejería en cada uno de estos casos.

Nos dimos cuenta de que hubiese sido interesante conocer cuántos pediatras visitaron a cada madre durante su estancia en el área de maternidad, y comprobar si dicha sistemática tuvo repercusiones sobre la autoconfianza y la ansiedad maternas, e indirectamente, sobre el éxito de la LM. La relación médico-paciente es de gran importancia para el desarrollo de la consejería en LM, y si cada día de hospitalización la madre es visitada por un pediatra distinto, difícilmente se podrá establecer un vínculo adecuado en el que pueda prosperar la confianza y el entendimiento. También se podría valorar ampliar el tiempo de estudio de cada madre, programando visitas de manera periódica en las que se trabaje principalmente la consejería en LM.

Para futuros progresos, podría ser conveniente hacer un estudio multicéntrico que permita recopilar un mayor tamaño muestral y añadir variabilidad, planteando la posibilidad de comparar centros con acreditación iHAN versus centros que no disponen de ella; realizando el estudio planteado inicialmente.

Todo ello potenciaría probablemente los resultados ya visualizados en este estudio.

## **CONCLUSIONES**

Según nuestros resultados, la consejería en lactancia materna reduce la ansiedad de las madres y parece potenciar su autoconfianza en la capacidad de amamantar, resultados que dependen del nivel de habilidades comunicativas del pediatra.

Aunque por falta de muestra, no podemos confirmar que todos nuestros supuestos sean estadísticamente significativos, en nuestro estudio se ve la tendencia a cumplir la hipótesis principal. Además, médicos residentes con menor formación y experiencia tienen puntuaciones más bajas en el CICAA y pueden aumentar la ansiedad y disminuir la autoconfianza de las madres. Y es por todo ello, que consideramos de gran importancia la formación en comunicación en el ámbito sanitario.

Es necesario capacitar al personal que desempeña la consejería en LM con formación específica, para que pueda ofrecer consejería prenatal y postnatal a las madres. De esta forma, mejorarían las tasas de LME, tanto en el inicio precoz como en su mantenimiento durante los primeros 6 meses, como recomienda la OMS.

Es imprescindible obtener apoyo político, y su consecuente financiación económica, que permita promover, defender y respaldar la lactancia materna. Para así, asegurar la acreditación iHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia) de manera universal en todos los hospitales y continuar apoyando la investigación en este campo; ya que son muchos los beneficios para la salud de la madre y de su hijo a corto y largo plazo.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## **PUNTOS FUERTES DEL TRABAJO**

En relación a la formación que nos ha proporcionado este trabajo en el campo de la investigación, destacamos el aprendizaje en la aplicación de cuestionarios y encuestas validadas, que han sido una herramienta importante de trabajo a lo largo del estudio. Así como establecer unas bases para que las diferencias de valoración entre las investigadoras sean mínimas, a pesar de que no es una valoración a ciegas. Además, hemos sido capaces de comunicar a cada una de las pacientes en qué consistía el estudio y su participación en él. Gracias a esto, hemos ido desarrollando un amplio abanico de habilidades comunicativas y mejorado el trato con el paciente, lo cual será de gran utilidad de cara a nuestro futuro profesional.

Además, hemos llevado a cabo todas las fases que exigía el Comité Ético del hospital, necesarias al trabajar directamente con pacientes. Esto supuso un reto para nosotras debido a que nunca habíamos tenido contacto con ello y desconocíamos el procedimiento a seguir.

Por otra parte, la originalidad del trabajo, ya que es un campo prácticamente desconocido del que se disponen poca cantidad de estudios, y que con gran probabilidad en los próximos años puede ir adquiriendo relevancia.

Por último, comentar la importancia del análisis estadístico y la dificultad que entraña. Este lo hemos llevado a cabo con ayuda de profesorado experto que nos ha ido guiando con el fin de que nos sirviese de aprendizaje para un futuro.

Todo ello, junto con la redacción del trabajo, ha contribuido a nuestra formación en el ámbito de la investigación.

## ANEXOS

### Anexo 1. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo o State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

#### 7.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

1

ANSIEDAD-ESTADO		
<p><i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se <i>siente usted ahora mismo</i>, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.</p>		
1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

ANSIEDAD-RASGO		
<p><i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.</p>		
21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre

**Anexo 2.** Encuesta sobre el Comienzo de la Lactancia Materna o Beginning Breastfeeding Survey-Cumulative (BBSce).

**Encuesta sobre el comienzo de la lactancia materna**

Por favor marca la respuesta que mejor describa tu lactancia y la de tu bebé.

	5	4	3	2	1
1. Mi bebé abre mucho la boca y lo hace con ganas	Siempre	Habitualmente	A veces	Raramente	Nunca
2. Mi bebé succiona con ganas	Siempre	Habitualmente	A veces	Raramente	Nunca
3. La succión de mi bebé parece fuerte	Siempre	Habitualmente	A veces	Raramente	Nunca
4. Puedo oír tragar a mi bebé mientras le doy el pecho	Siempre	Habitualmente	A veces	Raramente	Nunca
5. Mi bebé disfruta mamando	Siempre	Habitualmente	A veces	Raramente	Nunca
6. Mi bebé está a gusto mientras mama	Siempre	Habitualmente	A veces	Raramente	Nunca
7. Mi bebé está inquieto mientras mama	Nunca	Raramente	A veces	Habitualmente	Siempre
8. Mi bebé no quiere mamar	Nunca	Raramente	A veces	Habitualmente	Siempre
Puntuación subescala infantil: _____					
	5	4	3	2	1
9. Me siento cómoda cuando le doy el pecho	Siempre	Habitualmente	A veces	Raramente	Nunca
10. Me siento tranquila y relajada mientras le doy el pecho	Siempre	Habitualmente	A veces	Raramente	Nunca
11. Disfruto dando el pecho a mi bebé	Siempre	Habitualmente	A veces	Raramente	Nunca
12. Dar el pecho a mi bebé es fácil	Siempre	Habitualmente	A veces	Raramente	Nunca
13. Me siento segura dando el pecho	Siempre	Habitualmente	A veces	Raramente	Nunca
14. Mi bebé está satisfecho y relajado después de mamar	Siempre	Habitualmente	A veces	Raramente	Nunca
15. Sé cómo dar el pecho a mi bebé	Siempre	Habitualmente	A veces	Raramente	Nunca
16. Me siento frustrada mientras intento dar el pecho	Nunca	Raramente	A veces	Habitualmente	Siempre
17. Me siento descontenta con la lactancia materna	Nunca	Raramente	A veces	Habitualmente	Siempre
18. Mi bebé no obtiene suficiente leche con el pecho	Nunca	Raramente	A veces	Habitualmente	Siempre
19. Tengo problemas para dar el pecho a mi bebé	Nunca	Raramente	A veces	Habitualmente	Siempre
20. Mis pezones o pechos me duelen tanto que quiero dejar de dar el pecho	Nunca	Raramente	A veces	Habitualmente	Siempre
21. Me siento tan cansada que me cuesta estar despierta para dar el pecho	Nunca	Raramente	A veces	Habitualmente	Siempre
22. Siento vergüenza si doy el pecho delante de otras personas	Nunca	Raramente	A veces	Habitualmente	Siempre
23. Temo sentir dolor en los pezones o pechos	Nunca	Raramente	A veces	Habitualmente	Siempre
24. No estoy segura de si estoy dando el pecho bien	Nunca	Raramente	A veces	Habitualmente	Siempre

Puntuación subescala materna: \_\_\_\_\_

Punctuation Total: \_\_\_\_\_

**Anexo 3.** Cuestionario CICAA (acrónimo de: Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar).

<b>Datos globales:</b> PROYECTO: _____ CLAVE: _____ OBSERVADOR: _____				
<b>Tiempo total de consulta (segundos y minutos):</b>	<b>Hasta explorar (segundos):</b>	<b>Exploración (segundos):</b>	<b>Motivo de consulta:</b> Principal: _____ 2.º _____ 3.º _____	
<b>Profesional:</b> M ( ) F ( ) <b>Tipo:</b> Med. ( ) Resi. ( ) Enfer. ( ) <b>Proceso:</b> Agudo ( ) Crónico ( )				
<b>Paciente:</b> M ( ) F ( ) R ( ) E ( ) <b>Acompaña:</b> Sí ( ) No ( ) <b>Visita:</b> Inicial ( ) Revisión ( )				
<b>TAREA 1. CONECTAR</b>				
	NP	0	1	2
1. ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?				
2. ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?				
3. ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?				
4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?				
5. ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?				
6. ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?				
<b>TAREA 2. IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS</b>				
	NP	0	1	2
7. ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?				
8. ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?				
9. ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual facial adecuado?				
10. ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?				
11. ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?				
12. ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen o causa de su síntoma o proceso?				
13. ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				
14. ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?				
15. ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
16. ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
17. ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?				
18. ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?				
19. ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo no relacionados con la demanda o ha realizado actividades preventivas?				
20. ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				
<b>TAREAS 3 Y 4. ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR</b>				
	NP	0	1	2
21. ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
22. ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?				
23. ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
24. ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?				
25. ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26. ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
27. Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión) y considerando las opciones del paciente?				
28. ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
29. ¿Consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				
NP: no procede; 0: muy escasamente o escasamente; 1: aceptablemente; 2: casi totalmente o totalmente				
He revisado el cumplimiento de todos los ítems _____				
PUNTUACIÓN TOTAL / número de ítems con NP <input type="text"/> <input type="text"/>				

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gimeno Navarro A. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países (2017). Asociación Española de Pediatría. [citado 8 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-en-cifras-tasas-inicio-y>
2. Otaola J. Lactancia materna: La leche materna es el mejor alimento para niños y niñas durante sus primeros 6 meses de vida. UNICEF México. [citado 10 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
3. Brahma P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar (2017) Revista chilena de pediatría. [citado 10 de mayo 2021]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062017000100001&script=sci\\_arttext&tlng=e](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062017000100001&script=sci_arttext&tlng=e)
4. Del Ciampo L.A, Lopes I. E. Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health (2018). Brasil. Thieme. [citado 10 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1657766.pdf>
5. Lactancia materna exclusiva (2022). Organización Mundial de la Salud. [citado 21 de enero 2022]. Disponible en: [https://apps.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/index.html](https://apps.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/index.html)
6. Aguayo J, Arana C, et al. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia (2011). Ministerio de sanidad, política social e igualdad. España [citado 21 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>
7. Lyons. K E, Ryan. C A, et al. Leche Materna, una Fuente de Microbios Beneficiosos y Beneficios Asociados para la Salud Infantil (2020). Nutrients. [citado 22 de enero 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7231147/>
8. Krol. K M; Grossmann. T. Efectos psicológicos de la lactancia materna en los niños y las madres (2018). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz [citado 22 de enero 2021]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-018-2769-0#citeas>
9. Christoffers C. Maternal Breastfeeding satisfaction: attendance or nonattendance at a nurse-led breastfeeding support group. (2014). North Dakota State University. [citado 22 de enero 2021]. Disponible en: [https://library.ndsu.edu/ir/bitstream/handle/10365/23768/Christoffers\\_MaternalBreastfeedingSatisfaction.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://library.ndsu.edu/ir/bitstream/handle/10365/23768/Christoffers_MaternalBreastfeedingSatisfaction.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
10. Spielberger R.D, Gorsuch R.L, Lushen R.E. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (2015). Manual, 9a ed. Madrid. TEA Ediciones [citado 2 de febrero 2021]. Disponible en: <https://web.teaediciones.com/ejemplos/stai-manual-extracto.pdf>
11. STAI corrección (2020) Docer Argentina [citado 2 de febrero 2021]. Disponible en: <https://docer.com.ar/doc/11n0s5>
12. Saus C. Utilidad predictiva de la percepción materna de la eficacia de la lactancia en el postparto precoz: un estudio longitudinal (2017). Universidad de Alicante. [citado 2 de febrero 2021]. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/81767/1/tesis\\_carlos\\_saus\\_ortega.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/81767/1/tesis_carlos_saus_ortega.pdf)
13. Pascual J.A, Gil T et.al. Cuestionarios de atención centrada en la persona en atención primaria. Una revisión sistemática (2019). Servicio Murciano de Salud. Elsevier. [citado 11 de febrero 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuestionarios-atencion-centrada-persona-atencion-S0212656719302276>

14. Ruiz R. et.al. Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual de Utilización (2010). [citado 11 de febrero 2021]. Disponible en: [http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Escala\\_cicaa\\_2.pdf](http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Escala_cicaa_2.pdf)
15. Salazar O.F, Casabuenas L. et.al. Valoración de las habilidades comunicativas en la entrevista clínica de estudiante de último año de medicina de la Universidad de Antioquia, por medio de la escala CICAA (2014). Facultad de Medicina; Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia [citado 11 de febrero 2021]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/fem/v17n4/original5.pdf>
16. Guía técnica para la consejería en lactancia materna (2017). Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Perú. [citado 13 de marzo 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4173.pdf>
17. Pinzón G, Alzate M et.al. La consejería en lactancia materna exclusiva: de la teoría a la práctica (2015). Universidad Nacional de Colombia. [citado 13 de marzo 2021]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/51672/56493>
18. Pérez R, Martínez J, Segura S. Impacto de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño sobre la lactancia materna y los resultados de salud infantil: una revisión sistemática (2016). Yale School of Public Health, USA. [citado 17 de marzo 2021]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/mcn.12294>
19. Yang X, Gao L L, Ip W I, Sally W. C. Predictores de la autoeficacia en la lactancia materna en el puerperio inmediato: un estudio transversal (2016). China; Australia. [citado 17 de marzo 2021]. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S0266613816301206>
20. Namasivayam V, Dehury B, et al. Asociación de asesoramiento prenatal y apoyo posnatal inmediato con inicio temprano de la lactancia materna en Uttar Pradesh, India (2021). International. [citado 27 de enero 2022]. Disponible en: <https://link-springer-com.sabidi.urv.cat/content/pdf/10.1186/s13006-021-00372-6.pdf>
21. Chrzan M, Walczak T, et al. Mejora de la autoeficacia en la lactancia y salud mental posparto tras consultas de lactancia – Estudio observacional (2020). Poland. [citado 27 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613820302771>
22. Asmiraha R, Alasiry E, Nontji W. La relación entre la frecuencia de consejería de lactancia materna con la adecuación de la lactancia materna a los recién nacidos (2020) Universidad Hasanuddin, Makassar, Indonesia. [citado 27 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862119304255>
23. Gupta A, Dadhich J P, et al. Skilled Counseling in Enhancing Early and Exclusive Breastfeeding Rates: An Experimental Study in an Urban Population in India (2019). India. [citado 31 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.indianpediatrics.net/feb2019/114.pdf>
24. Patel S, Patel S. La eficacia de los consultores de lactancia y los consejeros de lactancia sobre los resultados de la lactancia (2016) [citado 31 de enero 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26644419/>
25. Nilsson I M S, Strandberg-Larsen K, et al. El asesoramiento centrado en la lactancia materna mejora el éxito a corto y largo plazo en un entorno de alta temprana: un estudio aleatorizado por grupos (2017). Nutrición maternoinfantil. [citado 31 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7082818/>
26. Kronborg H, Vaeth M. La influencia de los factores psicosociales en la duración de la lactancia materna (2004) Scand J Public Health. [citado 31 de enero 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15204182/>
27. McFadden A, Siebelt L, et al. Intervenciones de asesoramiento para permitir que las mujeres inicien y continúen con la lactancia materna: una revisión sistemática y un

- metanálisis (2019) *International Breastfeeding Journal*. [citado 7 de febrero 2022]. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6805348/pdf/13006\\_2019\\_Article\\_235.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6805348/pdf/13006_2019_Article_235.pdf)
28. Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices (2018). Geneva: World Health Organization. [citado 7 de febrero 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/280133/9789241550468-eng.pdf?ua=1>
  29. Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado (2009). Organización Mundial de la Salud. [citado 7 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Consejeria%20para%20la%20Alimentacion%20del%20Lactante%20y%20del%20Nino%20Pequeno,%20Curso%20Integrado,%20Guia%20del%20Facilitador.pdf>
  30. Rosado. CM. Dimensiones y reflexiones en torno a la Consejería (2011). Cuaderno de Investigación en la Educación, Universidad de Puerto Rico. [citado 7 de febrero 2022]. Disponible en: <https://revistas.upr.edu/index.php/educacion/article/view/13320/10985>
  31. Rius JM. Factores asociados al inicio y al abandono precoz de la lactancia materna (2011) Valencia. [citado 7 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/79015/rius.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  32. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. (2010) Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. [citado 7 de febrero 2022]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia\\_prof\\_la rioja.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la rioja.pdf)
  33. La lactancia materna: Información para amamantar (2014).Gobierno de La Rioja. [citado 13 de febrero 2022]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/guia-lactancia-2014\\_la rioja.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/guia-lactancia-2014_la rioja.pdf)
  34. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (2003) OMS/UNICEF, Ginebra. [citado 13 de febrero 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42695/9243562215.pdf;jsessionid=59F42F40CA178768B823071EFC1A9F60?sequence=1>
  35. Westerfield K L, Koenig K, Oh R. Lactancia materna: Preguntas y respuestas comunes (2018) *American Family Physician*. [citado 26 de febrero 2022]. Disponible en: <https://www.aafp.org/dam/brand/aafp/pubs/afp/issues/2018/0915/p368.pdf>
  36. Nußbaumer-Streit B, Gartlehner G. Directriz de la OMS: Asesoramiento a las madres para mejorar las prácticas de lactancia(2020). Alemania.[citado 26 de marzo 2022]. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1068-2420>.
  37. Rea MF, Venancio SI, et al. Consejería en lactancia materna: evaluación de conocimientos y habilidades (1999). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. [citado 26 de marzo 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557683/>
  38. Sinha B, Chowdhury R, et al. Intervenciones para mejorar los resultados de la lactancia materna: una revisión sistemática y metanálisis (2015).*Acta Paediatrica*[citado 26 de marzo 2022]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.13127>