

Silvia Hernández Herrero

**Experiencia de gestantes y puérperas ante la decisión de no amamantar.
Un proyecto de investigación**

Trabajo de Fin de Máster

**Dirigido por la Dra. María Inmaculada de Molina Fernández
Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería**



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

Benicarló 2024



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PRESENTACIÓN TRABAJO FIN DE MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

Nombre y apellidos autor / a: Silvia Hernández Herrero

Título trabajo: Experiencia de gestantes y puérperas ante la decisión de no amamantar. Un proyecto de investigación

Nombre y apellidos tutor / a: Maria Inmaculada de Molina Fernandez

Autorizo a que éste sea presentado el próximo mes de: Junio

Maria
Inmaculada
de Molina
Fernandez

Firmado
digitalmente por
Maria Inmaculada de
Molina Fernandez
Fecha: 2024.06.02
21:46:50 +02'00'

(firma)

Tarragona, 02/06/2024

*No hay manera de ser madre perfecta,
hay un millón de maneras de ser una buena madre*

Jill Churchill

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este Trabajo Final de Máster (TFM) lleva el nombre de muchas personas que no figuran en la portada y es en este momento en el que quiero agradecer su colaboración indirecta:

A Arturo, mi pareja y mi apoyo incondicional. Él, que cree en mí incluso en los momentos en los que ni yo misma creo. Me apoya, me da aliento en los momentos más difíciles y en los que más necesito un aporte de energía extra.

A mi padre y a mi hermana, por apoyarme siempre en todas las decisiones que tomo. Por impulsarme a que me siga formando a pesar de la implicación personal que conlleva.

A mis amigos, ellos que han tenido que entender durante estos dos años la frase: “no puedo ir, tengo trabajo del Máster”, les debo las risas y su mayor comprensión por mi ausencia estos dos años.

A mis amigas madres, ellas son las que me inspiraron en emprender el tema de este TFM. Sin vuestra visión, este proyecto no hubiera sido posible.

A mi madre, que sé que desde algún lugar me cuida, está orgullosa de mí y de todo el esfuerzo que he puesto en este proyecto.

A mis compañeros de Máster, por el mutuo apoyo y por darnos aliento entre todos hasta el último paso. Sin ellos, este camino hubiese sido prácticamente imposible.

A mi tutora, Dra. María Inmaculada de Molina, por su ayuda y asesoramiento que han hecho posible la finalización de este TFM.

Finalmente, a los docentes del Máster de Investigación de Ciencias de la Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili, por compartir con tanto amor y dedicación sus conocimientos y su gran capacidad docente.

GRACIAS.

Índice

1. RESUMEN/ABSTRACT.....	8
2. INTRODUCCIÓN.....	10
3. MARCO TEÓRICO:.....	14
3.1. Cambios hormonales, cambios emocionales y salud mental durante el embarazo y post parto.....	14
3.2. Feminismo y lactancia artificial.....	17
3.3. La culpa y la vergüenza.....	18
3.4. Lactancia artificial (LA).....	19
3.5. Educación maternal y control maternal.....	22
3.6. Modelo de toma de decisiones compartida.....	25
4. JUSTIFICACIÓN, PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS:.....	27
5. METODOLOGÍA.....	28
5.1. Unidad de análisis:.....	30
5.1.1. Ámbito de estudio.....	30
5.1.2. Población.....	31
5.2. Muestra y selección de sujetos.....	31
5.3. Criterios de inclusión/exclusión.....	31
5.4. Variables de estudio.....	34
6. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS.....	34
6.1. Observación participante.....	34
6.2. Grupo focal.....	36
6.3. Diario de campo.....	38
6.4. Análisis de datos.....	39
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	41
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LÍNEAS DE FUTURO.....	44
8.1. LINEAS DE FUTURO.....	44

9. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.....	44
10. BIBLIOGRAFÍA:.....	45
11. CRONOGRAMA.....	55
12. PRESUPUESTO.....	59
13. PROPUESTA DE ARTICULO CIENTÍFICO.	60
14. ANEXOS	77
I. Palabras clave lenguaje formalizado	77
II. Estrategia de búsqueda.....	78
III. Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS).....	81
IV. Guion grupo focal:	85
V. Documentos solicitados por el CEIC	87
VI. Hojas de consentimiento informado de los pacientes.....	93

Índice de tablas

<i>Tabla 1. Primera etapa de la investigación</i>	55
<i>Tabla 2. Segunda etapa de la investigación</i>	56
<i>Tabla 3. Tercera etapa de la investigación '25</i>	57
<i>Tabla 4. Tercera etapa de la investigación '26</i>	57
<i>Tabla 5. Cuarta etapa de la investigación</i>	58
<i>Tabla 6. Presupuesto</i>	59

Índice de figuras

<i>Figura 1</i>	33
-----------------------	----

ABREVIATURAS/ABBREVIATIONS

(CEIC)- Comités Éticos de Investigación Clínica

(CI)- Consentimiento informado

(EDPE)- Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

(EM)- Educación maternal

(LA)- Lactancia artificial

(LM) – Lactancia materna

(PASS)- Escala de ansiedad perinatal

(PPO)- Psicoprofilaxis obstétrica

(RD)- Real Decreto

(RN)- Recién nacido

(SNS)- Sistema Nacional de Salud

(TOC)- Teoría de las restricciones

1. RESUMEN/ABSTRACT

Antecedentes: Durante el embarazo y postparto las mujeres reciben formación específica a través de la Educación Maternal (EM) entre la cual se encuentra la alimentación del neonato. Estudios señalan que las mujeres se han sentido mal tras comunicar a los profesionales su decisión de no amamantar experimentando sentimientos de culpa, ira o preocupación excesiva.

Objetivos: El objetivo principal es explorar las experiencias vividas por las mujeres que optan por no amamantar a sus bebés, así como el impacto emocional y social de esta elección en su vida. Entre los objetivos específicos se encuentra determinar la información transmitida durante las sesiones de EM a gestantes y puérperas que eligen no amamantar a sus hijos.

Metodología: se plantea un estudio cualitativo con enfoque etnográfico. La población de estudio está compuesta por mujeres que inicien la EM en el centro de atención primaria de Vinaròs durante el embarazo y postparto y que hayan elegido la lactancia artificial (LA) como tipo de alimentación para su bebé. La selección de la muestra se realizará mediante muestreo de conveniencia y a través de las matronas que quieran colaborar en el estudio. La recogida de datos se realizará a partir de una observación participante, un diario de campo y de grupos focales. El número de participantes será determinado cuando se llegue a la saturación de datos. El análisis se realizará mediante un análisis interpretativo a partir de la categorización y codificación de los datos.

Aplicabilidad y utilidad de los resultados: Los resultados podrían tener una amplia gama de aplicaciones prácticas, incluida la mejora de la atención y calidad, mejora del apoyo proporcionado a las mujeres durante el proceso de embarazo y el postparto y el desarrollo de prácticas más actualizadas y evidenciadas científicamente. El proyecto se podría trasladar a las diferentes comunidades autónomas.

Palabras clave: alimentación con biberón, culpa, bienestar materno, atención prenatal, educación prenatal.

Background: During pregnancy and post partum, women receive specific training through Maternal Education (ME), including the newborn feeding. There are groups of women who decide to feed their babies with formula. Studies indicate in significant percentages that women have felt bad after communicating their decision to refrain from breastfeeding, experiencing feelings of guilt, anger, or excessive worry.

Objectives: The main objective is to explore the experiences of women who choose not to breastfeed their babies, as well as the emotional and social impact of this choice on their lives. Among the specific objectives are to investigate the information conveyed during ME sessions to pregnant women and post partum mothers who choose not to breastfeed their babies, focusing on newborn feeding. The practices and attitudes of healthcare personnel towards breastfeeding and its alternatives will be analysed, as well as their communication style and its impact on women's emotions.

Methodology: To carry out the project, a qualitative study with an ethnographic approach is proposed. Data collection will be carried out through participant observation, field diary, and focus group. The number of participants will be determined when data saturation is reached. Data analysis will be performed through interpretative analysis by categorizing and coding the obtained data.

Applicability and utility of the results: The results could have a wide range of practical applications, including improving care, quality, and support provided to women during pregnancy, childbirth, and post partum, as well as the development of more updated and scientifically evidenced practices in the field of maternal and child health. The project could be extended to different autonomous communities in order to obtain a more objective and general research of the Spanish population.

Keywords: bottle feeding, guilt, maternal welfare, prenatal care, Prenatal Education

2. INTRODUCCIÓN

Innumerables estudios relacionados con la lactancia materna (LM) señalan este tipo de alimentación como el más idóneo para los recién nacidos (RN). Se muestra como principal protector mejorando la inmunidad de los neonatos, incidiendo en el desarrollo neuronal, mejorando la relación maternofilial y obviamente está relacionado con el ahorro económico(1)

Durante el embarazo, parto y postparto las mujeres reciben la llamada educación maternal (EM) teniendo su origen en la psicoprofilaxis obstétrica (PPO), iniciada en Rusia en 1920 (2). La PPO se define como: la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se ofrece a las madres durante el embarazo, parto y/o postparto para lograr un embarazo en las mejores condiciones saludables y positivas en la gestante y el RN otorgando una vivencia plena y feliz; también trabaja la inclusión y rol activo del padre durante el proceso (3). Según diferentes protocolos autonómicos este tipo de educación se inicia a partir de las 12-15 semanas de gestación, variando por comunidades, aunque ya previamente se inicia la educación sanitaria individual a partir de las 8 semanas, por ejemplo, en la Comunidad Valenciana(4). En ella uno de los temas trabajados, es el tipo de alimentación que realizará el RN hasta los seis meses de vida, momento en el que se iniciará la alimentación complementaria. La OMS recomienda alimentar a los RN con leche materna exclusiva hasta los seis meses de vida e incluso seguir amamantando con LM hasta los dos años (1).

Es frecuente que las madres se enfrenten diariamente a la aceptación social y al cumplimiento de expectativas marcadas por la sociedad actual relacionadas con el tipo de alimentación infantil. En un estudio realizado en Reino Unido durante 18 meses y publicado en 2012, tras la realización de encuestas abiertas se extrajeron experiencias de madres que usaban lactancia artificial (LA) que se sentían poco apoyadas y juzgadas. En dicho estudio se propone la aplicación de técnicas de la teoría de las restricciones (TOC), para la mejora de los sistemas a través de la identificación de los problemas no resueltos. Este artículo ya propone el fomento de la promoción de la elección de la alimentación dando prioridad a las madres de ser más autónomas y capaces en la toma de decisiones (5)

En un estudio llevado a cabo en Australia, identifican que hay una falta de información en la literatura y la investigación sobre las formas de apoyar a las madres que no amamantan a su hijo. Esta ausencia de información da como resultado la exposición de riesgos a la madre y al bebé, puesto que un incorrecto manejo de la leche de fórmula podría conllevar consecuencias como infecciones o incluso la desnutrición debida al incorrecto uso y manejo en la preparación del preparado. Los riesgos más relacionados con la salud mental de la madre vienen ligados a sentimientos de culpa, ira, preocupación excesiva, etc. Se destaca la relación en algunas culturas entre la LM y la capacidad de la mujer de ser buena madre. Además, algunas de las informantes del estudio sintieron preocupación acerca de la futura falta de información relacionada con su decisión de no amamantar. Las mujeres sentían que no recibían ningún tipo de apoyo en relación con el tipo de alimentación en comparación con las madres que decidieron amamantar, a las cuales se les entregaba un imán con el número de teléfono de consulta con una línea de ayuda, inexistente en el caso de la alimentación con fórmula. Los autores resaltan también la presión médica sentida por las mujeres para amamantar conllevando a las madres al desarrollo de emociones negativas que afectaron al embarazo(6).

En un estudio realizado en 2013 en Escocia, realizado a madres independientemente del tipo de alimentación elegida, puso de manifiesto que las mujeres recibían una información contradictoria y poco realista, enfocada mayoritariamente a la LM, a la vez que, a través de los mensajes, se sentían presionadas a amamantar a sus hijos. Además, las madres de alimentación con fórmula destacaron la falta de apoyo por el personal sanitario ante la preparación del biberón. Tras el discurso del personal sanitario acerca de los beneficios de la LM, las madres que decidieron no amamantar o abandonaron tempranamente experimentaron sentimientos de culpa. Otras mujeres expusieron la dificultad que experimentaron al cambiar de LM a leche de fórmula debido a la percepción de rechazo que sentían las mujeres al comunicar esta decisión al personal sanitario. Este estudio concluye que el mensaje de “el pecho es lo mejor” las presionaba a elegir la opción de LM. Además, comentaban no haber encontrado la información de la literatura útil, verbalizaban literalmente: “puedes leerlo todo,

pero nunca es lo mismo que cuando tienes un bebé frente a ti y dices: ...no parece lo mismo que cuando lees”. Las madres experimentaban la LM como exigente y agotadora, todo lo contrario, a los mensajes recibidos por el personal sanitario y/o lo plasmado en las publicaciones sobre el tema (7).

Por otra parte, según un artículo publicado en el 2016 en el País Vasco de diseño cualitativo, se concluye que las gestantes demandan que los programas de EM se adapten a los cambios que sufren las embarazadas, como por ejemplo la jornada laboral, y que cuenten con continuidad hasta el cese de la lactancia demandando de esta manera un mayor acompañamiento(8). Un estudio llevado a cabo en el Reino Unido con madres de habla inglesa, provenientes de países como el Reino Unido, Irlanda, EE. UU., Australia, Nueva Zelanda, Canadá y otros países no especificados, utilizó redes sociales y listas de correo para reclutar participantes que completaron una encuesta Qualtrics. Los objetivos principales del estudio fueron describir las experiencias de apoyo, información, respeto, estigma, culpa, satisfacción y defensa en la alimentación infantil en madres que usan leche de fórmula, examinar si estas experiencias variaban entre diferentes grupos de madres que alimentaban con LA y examinar si estas experiencias diferían según la intención de las madres en la alimentación durante el embarazo. Este estudio reveló que los profesionales de la salud desempeñan un papel significativo en la percepción de sentimientos por parte de las madres con respecto al tipo de lactancia elegida. Según los resultados, el 64% de las madres reportaron sentirse culpables, el 59% experimentaron estigma y el 58% expresaron sentimientos de defensa debido a su interacción con profesionales de la salud y su decisión de no amamantar (9).

Las decisiones de las mujeres ante la alimentación de su hijo deberían ser aceptadas y apoyadas independientemente de la decisión que éstas hayan tomado tal y como se detalla en Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (OMS 1981) (10).

Si nos remontamos a los principios históricos de la bioética, el trato ofertado inicialmente en la Grecia clásica por los médicos era puramente paternalista. El concepto de bioética durante este período hace referencia a un cuidado basado

en el principio de beneficencia del paciente. Solo contemplaba la parte del conocimiento médico, sin contemplar la libre elección del paciente. Actualmente, muy ligado a este derecho se encuentra el derecho de la autonomía del paciente, el cual se relaciona con la capacidad de elección, pensamiento y acción de los pacientes. Por otra parte, este principio también se relaciona con la capacidad de recibir la información adecuada, contemplando implícitamente en dicho concepto, que ésta sea veraz, comprensible y suficiente (11)

Relacionado con el principio de autonomía del paciente, podemos encontrar el modelo de toma de decisiones compartidas. Se define como el trabajo conjunto entre profesional sanitario y paciente para esclarecer objetivos del tratamiento, la gestión o el apoyo en la autogestión, intercambiando informaciones con el fin de consensuar un acuerdo mutuo sobre la mejor decisión a tomar. Este modelo garantiza que el paciente reciba una información completa basada en evidencia científica. Este modelo aboga por tomar decisiones basadas en el nivel de conocimiento, los valores y las preferencias del paciente juntamente con el apoyo y la información aportada por el personal sanitario, que estará basada en la evidencia científica. Es decir, el modelo empodera a los pacientes y convierte en participantes activos e informados. Para que el modelo de toma de decisiones compartidas sea efectivo, ambas partes deben establecer el compromiso del intercambio de información y la responsabilidad, reconociendo la necesidad y siempre respetando el punto de vista de la otra parte (12,13).

Si bien es cierto que, tras la búsqueda de los protocolos de las diferentes comunidades autónomas de España, se explica la necesidad de la información acerca de la LA desde el respeto y aceptación de la decisión de los padres (2,4,10,14–20). Tras la realización de la revisión bibliográfica, no se encuentran artículos que relacionen las experiencias de las gestantes con el contenido y manera de informar en los programas de EM en España.

3. MARCO TEÓRICO:

3.1. Cambios hormonales, cambios emocionales y salud mental durante el embarazo y post parto.

La noticia de estar embarazada conlleva un cúmulo de cambios en las vidas de las mujeres que afectaran a su salud mental. Estos cambios emocionales afectan también a la salud del feto favoreciendo así un desarrollo favorable de éstos(21). Esta noticia llega a convertirse en uno de los eventos más importantes en las vidas de las mujeres(22).

Los cambios emocionales de las mujeres embarazadas se pueden clasificar por trimestres, así como la relación con el seguimiento del embarazo. Durante el primer trimestre y con relación a la noticia de estar embarazada se inicia el apego al futuro bebé. La noticia puede relacionarse con sentimientos positivos de felicidad, así como con sentimientos negativos como miedo, inseguridad e incluso rechazo. Durante el segundo trimestre, alrededor del cuarto mes de embarazo, las mujeres experimentaran el inicio de la percepción de los movimientos del feto y con ello la confirmación de tener un ser vivo dentro de ellas. Durante este proceso, las mujeres imaginan la vida con su futuro bebé, les hablan, fantasean y materializan los cambios físicos producidos en su cuerpo resultado de la gestación. En el tercer trimestre de embarazo, los cambios físicos producidos por los cambios uterinos afectan a otros órganos juntamente con los cambios en el ciclo del sueño de las mujeres. En cuanto a los cambios psicológicos están relacionados con la preparación de la recepción del nuevo miembro de la familia y comienzan con el nuevo pensamiento como conjunto y no como individuo, es decir se pasa a pensar en un nosotros. Otro de los cambios frecuentemente observado es una tendencia a la dependencia de los demás, aumento de la intensidad de las emociones y con ello, el aumento de la necesidad de apoyo emocional(21).

Existe evidencia científica que señala que, durante la gestación, se producen cambios hormonales en la activación del córtex prefrontal relacionados con un aumento de la sensibilidad a estímulos peligrosos. Estos cambios hormonales vienen relacionados con el proceso adaptativo de la recepción del bebé, pero

también podrían relacionarse con una mayor vulnerabilidad y cuadros de ansiedad durante el embarazo. Durante el embarazo la depresión en países con ingresos altos cuenta con una prevalencia de entre un 7-15%, en países con ingresos medios y bajos una prevalencia de 19-25%. De entre los factores relacionados con la presencia de ansiedad se encuentra el apoyo que recibe la mujer tanto de su red social próxima como de instituciones sanitarias. Se ha relacionado el aumento del apoyo de la mujer con la disminución de la ansiedad y con la disminución de los índices de depresión postparto. La Escala de Ansiedad Perinatal (PASS) puede ser útil para la valoración de dicha patología. No está validada a la población española. Se trata de un cuestionario de 31 ítems clasificados en 4 subescalas y de tipo Likert (23).

Si bien la depresión postparto es la más conocida, y por tanto la que se ha llevado la mayoría de la atención, la depresión durante el embarazo es igual o más frecuente que la del postparto, siendo a menudo infradiagnosticada y como consecuencia no tratada. Además, la depresión prenatal cuenta es factor de riesgo de la depresión postparto. En un estudio de 2017, los autores Mínguez Fernández y Pereira obtienen como resultado que un 63,6% de las mujeres que presentaban depresión postparto no eran nuevos casos y que consecuentemente no habían recibido el tratamiento necesario(24,25).

Los cambios emocionales de las mujeres durante el postparto están relacionados a factores psicológicos, biológicos y sociales. En la literatura se describe que hasta un 80% de las mujeres experimentan cambios emocionales como labilidad afectiva, irritabilidad, tristeza, etc. Estos cambios emocionales son fisiológicos y suelen durar entre 10-15 días experimentando normalmente su punto más álgido entre el 3-5º día del postparto. Estos cambios emocionales se atribuyen a la bajada hormonal que experimentan las mujeres tras el alumbramiento, contando con una resolución de los síntomas pocos días después. A este efecto se le ha denominado *Maternity blues*, es necesario en este punto distinguirlo de la depresión postparto, la cual se relaciona con una aparición más tardía y cuenta con un porcentaje de un 13% de afección provocando un gran malestar en las mujeres que requiere de intervención psicoterapéutica y/o farmacológica(22) . Para la evaluación de la depresión

postparto es útil la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE) (ver Anexo II). Se trata de una escala de valoración tipo Likert de 4 puntos, siendo el punto de corte 10 durante el postparto. Esta escala ha sido traducida a 60 idiomas y su validación durante el embarazo se ha dado en al menos 14 países. En España fue validada y publicada recientemente en 2019. Una puntuación superior a 13 puntos señalaría la presencia de riesgo de depresión durante la gestación(23).

La literatura ha puesto de manifiesto que, aunque la gestación sea un hecho deseado, se asocia a un aumento de la morbilidad de los trastornos mentales. La ansiedad se ve aumentada en un 13% en mujeres gestantes con respecto a mujeres no embarazadas. Estos hechos pueden causar en las madres un grave sufrimiento interfiriendo en la adaptación de la transición a la nueva vida y consecuentemente afectando al cuidado del RN(26).

Un estudio realizado a 876 madres, obtuvieron que la culpa y la vergüenza se relacionaron significativamente con ser determinantes en la puntuación de ansiedad posnatal y depresión. Los resultados mostrados asociaban también la alimentación exclusiva de fórmula positivamente con la culpa. Además, se obtuvieron asociaciones referentes a la presión de amamantar y la ansiedad posnatal con la vergüenza 35,03% y la culpa 27,73%. Este hecho, afectó de manera similar con respecto a la depresión postparto. En este estudio se observa la disminución de sentimientos de culpa y vergüenza con el apoyo de los profesionales sanitarios disminuyendo los niveles de ansiedad y depresión. Este artículo concluye exponiendo la falta de un examen rutinario de salud mental en la atención a la maternidad obteniendo como resultado una carencia en el cumplimiento de las necesidades maternas. Una mejora de estos servicios puede aliviar síntomas, mejorar la satisfacción de las mujeres y como consecuencia mejorar la calidad de los servicios. Hay que destacar que este estudio cuenta con algunas limitaciones con referencia a la generalidad de las mujeres entrevistadas sugiriendo consecuentemente la necesidad de estudio de las relaciones causales halladas(27).

3.2. Feminismo y lactancia artificial.

Dentro del feminismo se encuentran diferentes posicionamientos con respecto a la lactancia. Algunas feministas señalan que la promoción de la lactancia aumenta el sentimiento de culpa de las madres y la dualidad presente con los sentimientos de mala madre y buena madre. El eslogan “el pecho es lo mejor” es catalogado por culpabilizador y moralizante por algunas autoras feministas, es decir dicho eslogan esconde prejuicios hacia las madres que eligen no amamantar a sus hijos. Algunas corrientes feministas puntualizan que la insistencia del personal sanitario dirigida a la LM demuestra actitudes paternalistas y el sentimiento del esfuerzo hacia la buena madre. Estas mismas autoras manifiestan que al enfocar los esfuerzos a la LM, las mujeres sufren una disociación de su cuerpo sintiendo que el pecho es del bebé. De esta manera, se pierde la focalización en la experiencia de amamantar debido a la asociación de la salud con la LM. Autoras destacan que frecuentemente el personal sanitario percibe a las madres que optan por la LA cómo más irracionales o poco informadas. Estas autoras señalan que, si solo se informa de la LM y no se habla de la LA, se puede pensar que las mujeres no serán capaces de elegir por ellas mismas lo mejor (28)

Dentro del feminismo se encuentra el lactivismo el cual aboga por la LM. Se trata de la lucha activista de la LM. Engloba el empoderamiento de las madres y promueve la decisión de las madres. Existen temas fundamentales tratados en talleres, congresos, cursos lactivistas que trabajan los sentimientos negativos, la culpa y la superación, manteniendo siempre la premisa de apoyar a aquellas mujeres que deciden no amamantar. El lactivismo se convierte en una lucha por la igualdad alejada del paternalismo y la culpabilización de las mujeres(29).

La feminista Teresa del Valle señala que la lactancia está marcada por factores sociales y culturales indicando ser un aspecto más de la vida lejos de la relación individualizada entre una madre y su lactante(30). Beatriz Gimeno, otra autora feminista, desarrolla el constructo del instinto maternal esencializando la feminidad y la maternidad, siendo de esta manera un constructo social más que señala que es lo “natural” configurándolo como orden moral, es decir las mujeres tienen por ende la obligación social de amamantar a diferencia de ser una

capacidad que éstas poseen realmente. Asociado a esto se construye la definición de “buena madre”, señalando y sancionando a las mujeres que no quieren o no pueden acercarse a ese constructo social marcado y como consecuencia se las cataloga como “malas madres”. Con estos constructos sociales, resurge la culpabilización creando un mecanismo de control y disciplina sobre que deben y como deben ser las mujeres. La “buena madre” se liga a la LM, convirtiendo a las mujeres en las responsables del desarrollo biopsicosocial de los bebés. Además, este constructo social invisibiliza a los padres y su responsabilidad en la paternidad. Esta misma autora en sus relatos descritos por mujeres en su libro publicado, pone de manifiesto que las mujeres que tras el alumbramiento verbalizaban sus deseos de no amamantar, son señaladas por el personal sanitario negándose a ofrecer biberones de leche de fórmula, imponiendo así la “obligatoriedad” a que los bebés sean alimentados mediante LM. La autora señala que se presupone la buena salud de las madres que optan por la LM, cuando no siempre tiene porque ser así obviando además de la salud física, la mental primando siempre la salud del bebé(31).

3.3. La culpa y la vergüenza

Dentro del ámbito de la psicología, varios autores han intentado definir que es la culpa y la vergüenza dentro de las emociones. Se pueden encontrar diferentes definiciones al respecto:

- La posición tradicional aboga por definir la vergüenza como una emoción derivada de lo social, es decir enraizada a la desaprobación de los demás. En cambio, la culpa, se relaciona con el autoconcepto. Conlleva la desaprobación de la propia persona hacia ella misma.
- La posición psicoanalítica, autores como Piers y Singer, defienden que la culpa está relacionada con el incumplimiento de ciertas normas y estándares. Se relaciona con lo ético y lo moral. A diferencia de la vergüenza, autores como Wallbot y Scherer relacionan este concepto con el fracaso.

- Otro punto de vista relacionado con el autor Weiner, relaciona la vergüenza con la autopercepción, una errata con el yo como incontrolable. La culpa viene derivada de un error en el yo controlable.
- Una cuarta posición defiende que la vergüenza es el deseo de huir o desaparecer de alguna situación, acto, fallo, etc. En cambio, la culpa tiende a causar castigo o autocastigo por el hecho realizado para reparar el daño causado.
- Un quinto punto de vista es el que defiende el autor Tangney, marca la distinción entre la culpa y la vergüenza, focalizando que la culpa se relaciona con el acto y la vergüenza con el sujeto. Este último punto de vista es el que actualmente se toma como foco de atención en los investigadores actuales(32).

Dichas emociones pueden clasificarse como emociones culturales, las cuales cambian con los cánones establecidos culturalmente. Puesto que se trata de emociones entre el sujeto y el entorno, se pueden clasificar como emociones interpersonales. La superación del sentimiento de vergüenza puede ser largo y duro debido a la necesidad de replanteamiento de la persona en el lugar en el mundo y su autoconcepto. La asunción de la culpa conlleva asumir la responsabilidad sin atormentarse. Se puede afirmar que tanto la vergüenza como la culpa provienen del desamor y de la apariencia, por tanto, se originan en la acción y no son provenientes biológicamente(33).

3.4. Lactancia artificial (LA)

En los últimos años la nutrición se ha colocado en el pódium de los hábitos más importantes relacionados con la vida saludable. Es por ello por los que al tomar tal importancia se ven diariamente iniciativas relacionadas con este factor. Relacionado con la importancia de la nutrición, la OMS publica en 2014 el Plan de Acción Europeo sobre Alimentación y Nutrición 2015-2020 con el objetivo de evitar las muertes prematuras prevenibles por la dieta. De la misma manera, la UE en 2014 inició el Plan de Acción sobre Obesidad Infantil 2014-2020. Y en España, en la misma línea que las anteriores instituciones, la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición inició la Estrategia NAOS en

2005 con el fin de promover hábitos saludables de alimentación, actividad física y prevención de obesidad(34).

El crecimiento es una de las características más importantes del RN, consiste en el incremento de la masa corporal y está relacionado con el desarrollo y maduración funcional y remodelación morfológica(35). La leche de fórmula es una alternativa de la LM. En Europa, el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) es el encargado de establecer las recomendaciones sobre la composición de las fórmulas. Conjuntamente la Unión Europea (UE), estableció una normativa de obligado cumplimiento(36). Las primeras recomendaciones del ESPGHAN son publicadas ya en 1977 como Recomendaciones para la composición de una fórmula adaptada(35).

Con la revolución industrial y la incorporación de la mujer al mundo laboral, la sustitución de la leche materna fue necesaria. El *babeurre* era una leche fermentada, desgrasada parcialmente y de preparación de una elaboración popular holandesa. Este hecho tuvo consecuencias nefastas incrementando las tasas de mortalidad infantil. En 1914, durante la guerra europea, aparecieron las leches albuminosas a partir de caseinatos y de *babeurre*. Más tarde, aparecieron las leches humanizadas o maternizadas, y a partir de 1977 el término fue sustituido por fórmulas adaptadas(35).

Las regulaciones normativas de las leches toman referencia del contenido nutricional de la leche materna. Entre 1934-1941, aparecen las primeras regulaciones de las leches comerciales. Actualmente en España es el Real Decreto (RD) 72/98, de 23 de enero, el encargado de regular la reglamentación técnico-sanitaria de los preparados para lactantes y fórmulas de continuación. Este RD es modificado posteriormente por el RD 1446/2000, de 31 de julio, unificando la normativa española con el reglamento europeo 96/4/CEE de 16 de febrero, definiendo las normativas de elaboración y criterios para composición, etiquetado, publicidad, información, donaciones, distribución y comercialización. También se especifican prohibiciones, limitaciones, términos de registro sanitario, régimen sancionador, criterios de composición, valores de referencia

necesarios en el etiquetado nutricional, lugares donde se pueden distribuir y la normativa publicitaria(35).

La LA se puede definir como un alimento adecuado como alternativa a la leche humana cubriendo las necesidades nutricionales del RN durante los primeros 6 meses de vida y como parte de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses. La leche de fórmula debe contar entre 64-72kcal/100ml. Estos compuestos van cambiando su contenido nutricional dependiendo del momento evolutivo de los bebés, es decir, no es la misma composición la que tiene la leche de inicio, que abarcaría de los 0-6 meses, que la leche de continuación la cual se aportaría a partir de los 6 meses o las leches de crecimiento, las cuales serán consumidas por niños de entre 1-3 años. Por otra parte, hay que añadir la existencia también de leches de fórmula anti-estreñimiento, anticólicos, anti-regurgitación, sin lactosa, hipoalergénicas FH, hipoalergénicas HA, a base de proteínas vegetales, para prematuros y fórmulas para errores metabólicos(35,36). Estas leches cuentan con cambios en su composición dirigidas a la solución de los problemas intestinales que pueden aparecer en los lactantes (36).

Aunque la alimentación ideal para los RN ya existe, que se trata de la leche materna, la evidencia científica recalca que las leches de fórmula suplementadas con probióticos y prebióticos no conllevan riesgos que afecten al crecimiento ni efectos adversos. De hecho, se asocia incluso la aportación de efectos beneficiosos con respecto a la reducción de las infecciones gastrointestinales relacionadas con los probióticos y la disminución en la consistencia de las heces relacionada con los prebióticos. Actualmente, otro de los suplementos utilizados en algunas leches de fórmula es la seroproteína alfa lactoalbúmina, la cual consigue una similitud superior a la leche humana. Estudios recientes demuestran que lactantes alimentados con estas fórmulas obtienen resultados en el desarrollo muy similares a los lactantes que fueron alimentados con LM(36).

Existen diferentes tipos de leche de fórmula que pueden clasificarse según su origen y según la procedencia de la proteína. Se encuentran las leches derivadas de la vaca con predominio de caseína o suero de leche, a base de concentrados

de proteína preferentemente de soja y de hidrolizados de proteína. De cada una de ellas varía el contenido proteínico de máximos y mínimos necesarios. Además, tienen que contener el resto de los componentes nutricionales para cubrir las necesidades nutricionales de los bebés y no pueden contener almidones, acidificantes, miel, ni factores de crecimiento. Algunas de las fórmulas pueden además de contar con un enriquecimiento de hierro cuando cuenten con una cantidad mayor de 1mg/100kcal(35).

Las fórmulas suelen presentarse en polvo para su disolución o preparadas para su consumo directo. La sobreconcentración por encima de los 400 mOsm/l podría acarrear consecuencias renales o deshidratación en los bebés. Y, por el contrario, una dilución excesiva conlleva consecuencias en el peso interfiriendo en su aumento. Es necesario que las madres sean conocedoras del correcto manejo de preparado y de los requerimientos necesarios en su hijo, puesto que esto va variando de unos a otros, no todos los bebés de 2 meses requieren la misma cantidad de alimentación de fórmula. Entre las recomendaciones que las mujeres han de seguir está la de utilizar la medida incluida en el envase de la leche de fórmula de manera rasa y nunca colmarla. Otra de las recomendaciones necesarias es la no elevación de la temperatura del agua por encima de los 40°C, ya que las vitaminas termolábiles se desnaturalizarían a temperaturas superiores. Una consecuencia de las fórmulas de elevada densidad energética es el aumento de la sensación de sed debida a la sobrecarga de solutos. Este hecho es interpretado por las madres como hambre y como consecuencia con un aumento nutricional que en realidad no es necesario(35).

3.5. Educación maternal y control maternal

La EM tiene sus raíces en la PPO, aproximadamente en los años 60. A partir de los años 80 se inicia el *Programa de la Mujer en Atención Primaria*. El objetivo principal era a través de la información y la preparación física de las mujeres controlar el dolor y mejorar el afrontamiento del parto, puesto que la analgesia mediante epidural aún no era utilizada en este ámbito. Estos cursos incluso llegaron a ser titulados como *Cursos para el parto sin dolor*. Con la introducción

de la analgesia epidural, los cursos cambiaron el enfoque dirigiéndose hacia otros temas de interés (2,37)

Los cambios sociales vividos por mujeres han dirigido la concepción de maternidad actual hacia un enriquecimiento y, a la vez, hacia una pérdida del control en alguna área de su vida. Estos hechos juntamente con los cambios sociales generales hacen de la EM un punto crucial para el empoderamiento de las mujeres y un punto importante de información de calidad con todo lo relacionado con el embarazo parto y puerperio (2).

Desde el conocimiento de la gestación, las matronas de atención primaria se ponen en contacto con las mujeres con el fin de que la experiencia del embarazo sea placentera y natural, sepan detectar los riesgos y como prevenirlos, las normas comportamentales a tener en cuenta y los cuidados necesarios al final del proceso que también engloban los cuidados del RN. La EM es realizada por los profesionales obstétricos mediante actividades. Se promueve la gestación positiva, la facilidad del parto y el puerperio normal incluyendo la parte física y la parte emocional. De esta manera se incluye a la EM en la promoción y prevención de la salud. Dentro de los temas a tratar durante las sesiones que se realizan se encuentran: conocimientos anatómico-fisiológicos del embarazo y parto, hábitos saludables higiénico-dietéticos, sexualidad, autocuidados y prevención de riesgos, preparación para el momento del parto, puerperio, LM y cuidados del RN. Además, las actividades cuentan con parte teórica y parte práctica apoyadas por material audiovisual(38).

Los programas de EM están dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) y cada comunidad autónoma es la encargada de llevarlos a cabo desarrollando sus propios manuales. Por ejemplo, el manual para profesionales de la Comunidad Valenciana establece un protocolo de actuación que engloba los cuidados por trimestres y como desarrollar las consultas(4).

En el primer trimestre la matrona inicia ya en la primera consulta la educación sanitaria de la mujer. Los temas tratados durante la consulta son: el tipo de alimentación, el aumento de peso progresivo, sustancias nocivas, medicamentos

y radiaciones, el tipo de trabajo, el ejercicio físico y el descanso, la higiene y el vestuario, las relaciones sexuales y los viajes. Además, también se hace hincapié en los signos de alarma. Este tipo de información se repite durante las consultas individuales en los tres trimestres adaptando la información a los cambios pertinentes del trimestre en el que se encuentra la mujer. Estos protocolos cuentan también con los exámenes y pruebas complementarias necesarias para el correcto control de las mujeres tanto en el área de atención primaria como en el de atención especializada. En cuanto a las sesiones prácticas desarrolladas en grupo se tratan temas como la preparación física del embarazo y el parto y la gimnasia respiratoria y técnicas de relajación(4).

Por otra parte, durante el puerperio inmediato en el ámbito de atención especializada también las matronas son las encargadas de llevar un control de la mujer valorando el estado general, el dolor, la involución uterina, las episiotomías, las características de los loquios, el patrón de eliminación, la actividad física, la lactancia, los signos de alarma y si el parto ha sido vía cesárea los cuidados pertinentes en tal caso. En cuanto al control de atención primaria llevado a cabo durante el puerperio, las especialistas obstétricas realizan una exploración física, cuidados de la madre que engloban descanso y ejercicio, higiene, cuidados de las mamas, la alimentación de la madre, la sexualidad y anticoncepción, los aspectos psicológicos, valoración de la realización de una citología y la valoración de la necesidad de vacunación frente a la rubeola. En cuanto a la exploración del RN se realiza una exploración física, en caso de no haber extraído en el hospital las pruebas de cribado de metabopatías, sería el momento para la extracción de la muestra. Se realizan recomendaciones de cuidados y se trata el tema de la alimentación de los RN ya sea mediante LM o mediante LA(4).

Durante el puerperio tardío se realizan actividades con el fin de la completa recuperación de la mujer, formar parte del apoyo de la madre en la situación nueva y favorecer el vínculo madre-hijo/a. Por ello, se organizan talleres de lactancia, talleres de estimulación y masaje infantil. Además, también se tratan temas el tipo de ejercicio físico que la mujer puede realizar (evitar saltos,

elevación de peso, evitación de deporte y ejercicios abdominales) y se indica cuando se deben de iniciar los ejercicios de tonificación del periné(4).

Otras comunidades autónomas desarrollan en sus protocolos fichas con las actividades a realizar durante las sesiones grupales e individuales y se especifican como llevarlas a cabo, el tiempo de duración de las sesiones y los materiales necesarios para el correcto desarrollo de las actividades (2,4,10,14–20).

3.6. Modelo de toma de decisiones compartida

Durante el desarrollo de la actividad asistencial, los usuarios y los profesionales sanitarios frecuentemente pasan por la tarea de la decisión de ciertos aspectos importantes para la salud. El profesional sanitario primará siempre los beneficios y la información de los riesgos y el usuario se interesará por las preferencias y preocupaciones propias incluyendo sus valores personales (39). Estos hechos se relacionan con el principio de beneficencia de bioética, el cual aboga por siempre aportar los mejores cuidados del paciente(12).

La toma de decisiones de debe realizar en base a las preferencias y valores que los pacientes manifiesten. No siempre la decisión es fácil de tomar y requiere del apoyo profesional, el cual manifestará mediante sus conocimientos los beneficios y problemas que puede presentar cada una de las opciones a elegir. (12).

En 1980 aparece por primera vez el término de “toma de decisiones compartida”. Este modelo aboga por que el paciente sea experto en su patología/situación potenciando una participación real posibilitando la adopción de un papel más activo en las decisiones que tienen que ver con su salud y en este caso, con la de su hijo. Relacionado con la toma de decisiones, el SNS establece en la Ley 41/2002 de noviembre, de base reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: “el reconocimiento explícito de la capacidad de elección e influencia de los pacientes, tanto individual como colectiva, por medio de las organizaciones que los representen”(40).

Existen varios tipos de estrategias a seguir para el desarrollo del modelo, aunque grosso modo la metodología es parecida y centrada en los mismos aspectos(12). Uno de los autores que se centra en la teoría expuesta es Elwyn. Este autor publica en 2001 un libro en el cual desarrolla la teoría de la toma de decisiones compartida. El autor recalca la necesidad de tener en cuenta 5 peldaños para la elaboración de una correcta definición. Estos son, como cita Bosch Foncuberta en su artículo:

1. “Establecer un contexto relacional donde la perspectiva del paciente acerca de las diferentes opciones del tratamiento sea necesaria y bien valorada.
2. Tener en cuenta las preferencias de los pacientes, que les permitan discutir las diferentes opciones de tratamiento.
3. Proporcionar información técnica al paciente respecto a las diversas opciones de tratamiento, los riesgos y sus posibles beneficios, de una forma no sesgada, clara y simple.
4. Ayudar al paciente a sopesar los riesgos versus los beneficios, y asegurarse de que sus preferencias estén basadas en hechos y no en falsas interpretaciones.
5. Compartir las recomendaciones terapéuticas con el paciente, teniendo en cuenta sus preferencias terapéuticas(39).”

A partir de estas premisas se establecen tres etapas diferenciadas durante el proceso: primera etapa de esclarecimiento de las opciones, segunda etapa de debate de las opciones y tercera etapa de decisión basada en las preferencias y valores de los usuarios(12)

Ensayos clínicos demuestran la efectividad de este modelo frente a la práctica tradicional. Aumentan el conocimiento de los usuarios y disminuyen el conflicto de decisión que se relaciona con el sentimiento de no ser informado y el sentimiento de no saber cuáles son los valores personales. Reducen el porcentaje de personas pasivas y el número de personas indecisas. Se ha demostrado que una correcta información de los usuarios favorece la toma de

decisiones de los tratamientos de forma precoz y pueden llegar a lograr decisiones de calidad superior(40).

Por otra parte, relacionado con el correcto desarrollo del modelo se han detectado problemas relacionados con la falta de tiempo de los profesionales, la presión asistencial alta, la falta de información actualizada del tema y la falta de entrenamiento en la comprensión del paciente para el desarrollo del modelo(39,40).

Actualmente el SNS con su Agencia de Calidad ha abierto la financiación para la elaboración y validación de ciertas herramientas para el desarrollo del modelo de toma de decisiones compartida en comunidades autónomas como Andalucía, Canarias, Cataluña y Madrid. El uso de estas herramientas alcanza su punto álgido en decisiones en las cuales aparecen dudas razonables relacionadas con la decisión óptima, como es el caso de la decisión de las madres ante LM o LA. En este punto se ve la importancia de la introducción de este modelo de toma de decisiones compartida en las consultas y talleres de las matronas, fomentando la autonomía y beneficencia de las madres(12).

4. JUSTIFICACIÓN, PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS:

Por todo lo anteriormente citado, se ve la necesidad de investigar acerca de las experiencias de las mujeres de nuestro entorno que deciden no amamantar. Puesto que la mayoría de los estudios referenciados se han realizado fuera de España y, además, muchos de ellos cuentan con más de diez años.

Ante lo expuesto, la finalidad de este estudio es conocer las experiencias de las gestantes y/o puérperas que comunican al personal sanitario su decisión de no amamantar a sus hijos.

Objetivo general:

Explorar las experiencias vividas por mujeres que optan por no amamantar a sus bebés, así como el impacto emocional y social de esta elección en su vida.

Objetivos específicos:

Investigar la información proporcionada durante las sesiones de Educación Maternal (EM) a las gestantes y puérperas que optan por no amamantar a sus hijos, centrándose en cual es y cómo se transmite la información recibida sobre la alimentación del recién nacido.

Explorar los enfoques y modelos que el personal sanitario adopta ante la elección del tipo de alimentación neonatal, analizando tanto sus prácticas como sus actitudes en relación con la lactancia materna y sus alternativas.

Determinar si existe una relación entre el estilo de comunicación del personal sanitario y las emociones negativas experimentadas por las gestantes y puérperas en relación con su elección de no amamantar a sus hijos con el fin de identificar posibles áreas de mejora en la comunicación y el apoyo emocional.

Investigar las demandas de información sobre la alimentación del recién nacido expresadas por las gestantes y puérperas durante las sesiones de Educación Maternal (EM) y en las consultas con la matrona con el objetivo de comprender mejor sus necesidades informativas y proporcionar un apoyo más adecuado.

Explorar las respuestas y actitudes de las matronas frente a la comunicación por parte de las gestantes y puérperas de su decisión de no amamantar a sus hijos con el fin de comprender cómo el personal sanitario aborda esta situación y de qué manera brinda el apoyo.

5. METODOLOGÍA

La metodología cualitativa se centra en reflexionar sobre la práctica y profundizar en los aspectos subjetivos del problema de investigación. Su objetivo es describir experiencias y dotarlas de sentido, orientándose hacia la comprensión de situaciones o fenómenos. Utiliza la recolección de datos descriptivos, como palabras y discursos tanto orales como escritos, así como la observación de la conducta de los individuos. Es útil para estudiar aspectos sociales complejos, como relaciones, creencias, hábitos y valores. Se caracteriza por su flexibilidad en las fases del estudio, sin un principio y fin claramente definidos, siendo los

individuos del estudio quienes marcan su conclusión. El rol del investigador es crucial, ya que toma decisiones en el proceso y delimita sus fases (43,44).

Dentro de la investigación cualitativa se encuentra el método etnográfico el cual aplicado a la salud describe y explica patrones de comportamiento, valores, modos de vida, costumbres o modos de decisión de un grupo de personas con relación a la salud (41). El método etnográfico usa técnicas de trabajo de campo como la observación participante que frecuentemente se ve acompañada de entrevistas a los informantes. Taylor y Bogdan se refieren a la observación participante como aquella que realiza la recogida de datos mediante la interrelación del investigador y los sujetos a estudio de manera sistemática y no intrusiva con el fin de plasmar la realidad sociocultural de un grupo determinado siendo el investigador el que se introduzca en el grupo a estudio. Es decir, se cuenta con dos elementos el investigador y el grupo a investigar. Esta herramienta de recogida de datos es muy útil cuando no se conocen las dimensiones de la problemática. El desarrollo de esta técnica implica la necesidad de crear una conexión entre el investigador y los sujetos a estudio para que la comunicación sea natural y espontánea. El investigador observará que hacen los participantes, que dicen, que objetos utilizan, que espacio-tiempo usan, como es su forma de vivir, cuáles son sus relaciones y la aparición de acontecimientos inesperados (42).

Un tipo de entrevista grupal utilizada en la metodología cualitativa es el grupo focal. Se centra en la recogida de datos de manera colectiva y pluralista en cuanto a los actitudes, experiencias y creencias de los participantes. Es muy útil para la recolección de datos dentro de una interacción. Se fomenta la discusión, facilitando la puesta en común de temas tabú permitiendo obtener una mayor riqueza de datos (43). El autor Korman define el grupo focal como: "una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación". Hay que añadir que, dentro de los grupos focales, la participación es dirigida por el investigador, es consciente y las conclusiones son el resultado de la interrelación de los participantes y la elaboración de acuerdos. El grupo focal se convierte entonces en el intercambio de experiencias de los

participantes. Se trata de entrevistas abiertas y estructuradas realizadas a nivel grupal(44).

Debido al tipo de objetivos planteados, es la investigación cualitativa con enfoque etnográfico la que más se adecua para el desarrollo del estudio y la recogida de datos se realizará mediante la observación participante por su capacidad de inmersión en el campo de estudio y la fase de la entrevista se realizará mediante grupo focal con el fin de que las mujeres compartan sus experiencias y se extraigan temas comunes de interés pudiendo así llegar a temáticas interesantes y comunes de las informantes.

5.1. Unidad de análisis:

5.1.1. Ámbito de estudio

El proyecto de investigación está destinado a desarrollarse en el Departamento de Salud de Vinaròs que forma parte de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana.

El departamento cubre las necesidades asistenciales de las comarcas del Baix Maestrat y dels Ports, se localizan concretamente en la zona norte de Castellón. El departamento cuenta con atención hospitalaria localizada en el municipio de Vinaròs y dos centros de atención Integrada en Benicarló y Vinaròs los cuales ofrecen atención especializada. Además, cuenta con 8 centros de Atención Primaria, los cuales cuentan con 29 consultorios auxiliares para cubrir las necesidades de la zona(45).

Concretamente el estudio se centrará en las consultas de cuidados al embarazo y al posparto de las matronas del centro de atención primaria de Vinaròs. Se decide como punto de estudio dicha población debido a tratarse del núcleo urbano con más densidad de población del área lo que conlleva a una muestra más accesible y con mayor posibilidad para el reclutamiento de las informantes.

5.1.2. Población

La muestra poblacional contará con mujeres embarazadas que inicien la EM en el centro de atención primaria de Vinaròs durante el embarazo y el postparto y quieran formar parte del estudio.

5.2. Muestra y selección de sujetos

A partir de la población a estudio de mujeres que hayan tomado la decisión de no amamantar, se seleccionará la muestra a través de métodos no probabilísticos. Se utilizará un muestreo de conveniencia. El lugar de selección de la muestra será en las consultas de las matronas del centro de salud de Vinaròs. La muestra estará compuesta por mujeres embarazadas o puérperas que hayan elegido LA como tipo de alimentación para su bebé y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. La selección se realizará mediante las matronas que quieran colaborar con en el estudio. La ventaja de colaborar con las matronas del centro de atención primaria de Vinaròs es que ellas cuentan con una amplia accesibilidad de mujeres embarazadas y puérperas del Departamento de Salud de Vinaròs y el acceso a la muestra resulta más fácil y efectivo (Figura1).

El número de participantes en el estudio se determinará cuando se llegue a la saturación de datos. La saturación de datos se refiere al punto en el que se considera que se ha alcanzado una comprensión completa y exhaustiva del fenómeno de estudio y no redundante. Por lo tanto, el tamaño final de la muestra se decidirá en función de cuándo se alcance este punto de saturación, asegurando así que se capturen y se comprendan todos los aspectos relevantes del fenómeno investigado (41).

5.3. Criterios de inclusión/exclusión

Como criterios de inclusión encontramos:

- Mujeres primíparas sin patologías que les impidan optar por la LM.
- Mujeres primíparas que opten por la LA como método de alimentación exclusivo para su bebé.

- Mujeres primíparas que asistan a los talleres presenciales de EM prenatal del centro de salud de Vinaròs y opten por la LA.
- Mujeres primíparas que asistan a los talleres presenciales de EM postparto del centro de salud de Vinaròs y hayan optado por la LA.

En cuanto a criterios de exclusión:

- Mujeres no primíparas.
- Mujeres que no opten por la LA como método exclusivo de alimentación de su bebé.
- Mujeres que cuenten con alguna patología que les impida optar por la LM.
- Mujeres primíparas que tras optar por la LM fracasan y finalmente optan por LA.
- Mujeres primíparas que por complicaciones en parto y postparto no pueden dar LM y finalmente se opta por LA.
- Mujeres primíparas que no acudan a los talleres de EM prenatal del centro de salud de Vinaròs y no hayan optado por la LA.
- Mujeres primíparas que no acudan a los talleres de EM post parto del centro de salud de Vinaròs y no hayan optado por la LA

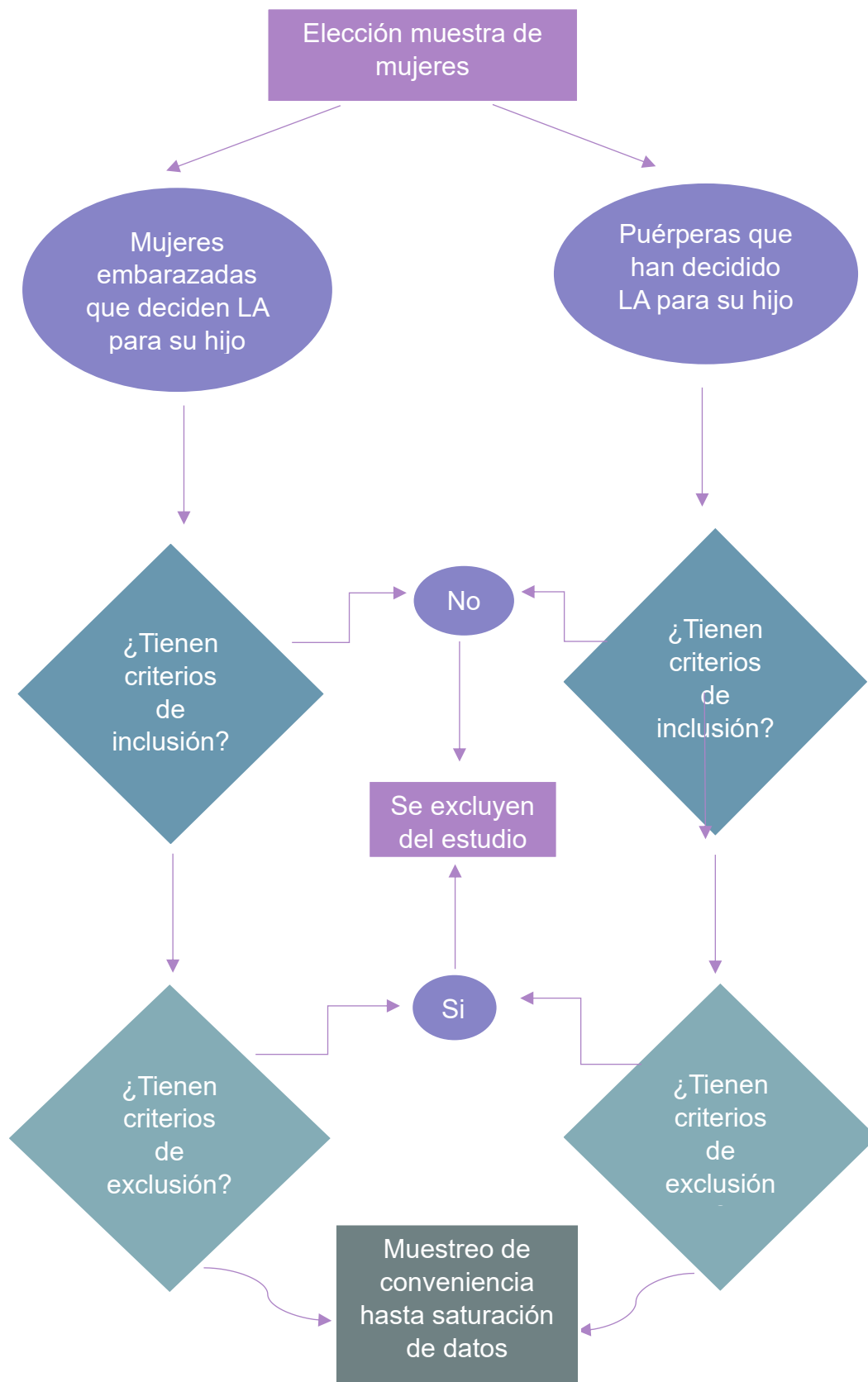


Figura 1. Elección muestra de mujeres

5.4. Variables de estudio

- Dependientes: la experiencia de las mujeres que deciden no amamantar.
- Independientes: que modelo de toma de decisiones adopta el personal, la manera de informar del personal sanitario, las demandas de información durante la EM y las consultas de las matronas y la respuesta de las matronas ante la decisión de no amamantar de las mujeres.

6. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

En la investigación cualitativa, la riqueza y la complejidad del fenómeno estudiado a menudo demandan una variedad de métodos y técnicas para la recopilación de datos. A diferencia de la investigación cuantitativa, donde los datos suelen ser numéricos y estructurados, en la investigación cualitativa el formato de los datos puede ser diverso y capturado a través de una amplia gama de métodos (43).

Para el desarrollo del estudio se ha decidido como técnicas más adecuadas la observación participante y los grupos focales.

6.1. Observación participante

La observación participante es un método con el que el investigador obtiene datos de una situación o problema, proporciona la representatividad de la realidad interviniendo la percepción e interpretación del investigador. Para lograr el objetivo marcado, el investigador tiene que presenciar el contexto donde ocurren los problemas y mimetizarse con el entorno observado, observar los hechos que ocurren, mantener actualizado el diario de campo o notas y realizar un informe de lo observado para la realización de la interpretación(41).

Se explicitará el objetivo a los participantes, realizándose observaciones durante las sesiones de EM prenatal y postparto en el centro de salud de Vinaròs y durante la consulta de la matrona. En la observación participante se hará hincapié en la información que se obtenga durante los talleres de alimentación en los bebés y en la respuesta que genera dicha información a las mujeres primíparas y que opten por LA. Se observará durante las consultas individuales de las matronas del centro de salud de Vinaròs el método de toma de decisiones

que se desarrolla entre el profesional de obstetricia y la mujer embarazada. La observación participante se realizará con el permiso de los asistentes tanto por parte de la matrona como por parte de las mujeres a observar, cumpliendo con las consideraciones éticas necesarias y previo a la firma del consentimiento informado (CI) de los participantes.

Durante la observación se seleccionarán a los informantes clave. Esta figura nace de la selección de aquellos participantes, los cuales nos puedan aportar información interesante al estudio, puesto que están dispuestas a colaborar con el investigador y ofrecen información de valor(41) Dentro de la observación participante se encuentran las siguientes fases:

- Fase descriptiva: recoge los aspectos generales del espacio, de las personas, de los sucesos y de la organización. Además de las impresiones iniciales del investigador. Esta primera fase permite obtener una visualización general y los sucesos que ocurren en el espacio.
- Fase focalizada: el punto de atención de esta fase son aspectos más específicos y que se relacionen con el objetivo del estudio. El focus está puesto en el lugar físico, el ambiente e interrelaciones sociales, las actividades y comportamientos de los participantes.
- Fase selectiva: cuenta con detalles concretos y situaciones específicas. También se enfoca en el ambiente social con el objetivo de detectar los cambios conductuales. Recoge con precisión y relevancia aquellos aspectos que pasan inadvertidos por otros individuos. Se permite la realización de preguntas con el fin de aclarar o profundizar en algún aspecto que le resulte relevante al observador. Esta fase conlleva también la adaptación del lenguaje para que sea comprensible por todos los participantes(41).

La observación participante finaliza cuando el investigador considera que ha cumplido con los objetivos del estudio, cuando se llega a la saturación de datos, es decir, en el momento en que los datos dejen de generar información nueva o ésta resulte repetitiva(41).

La observación participante empezará en la consulta de la matrona, pasará al taller de EM que trate el tema de la alimentación neonatal y finalizará con las sesiones postnatales de EM ambas realizadas en el centro de salud de Vinaròs. Se contará con mujeres que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, que quieran formar parte de la investigación y que hayan firmado el Consentimiento Informado (CI). Como se ha comentado, la muestra se completará cuando se llegue a la saturación de datos. Las notas de la observación participante serán registradas mediante un diario de campo.

6.2. Grupo focal

Es considerado un tipo de entrevista grupal. Tiene como base el estudio de la interacción de los individuos con el fin de obtener datos, los cuales no serían igual de abordables, si no fuera por la interacción entre los sujetos. Se diferencia entre otras técnicas como en la técnica Delphi en que en un grupo focal no es necesario llegar a un consenso de grupo(41).

La discusión es planificada y diseñada con el objetivo de la obtención de información del área definida por el investigador. No se trata de una discusión dirigida, es una discusión con el fin de obtener reacciones o manifestaciones verbales de los participantes. Los objetivos de esta técnica de obtención de datos son:

- Recoger información acerca de las percepciones, emociones y actitudes relacionados con el tema elegido desde la perspectiva del informante.
- Estudiar elementos comunes y diferentes de un colectivo que, al situarlas en un grupo de discusión tienden a tomar una perspectiva tópica del grupo que conforman.
- Entender las razones y la forma de pensar o entender los sentimientos y la forma de hacer de los individuos.
- Argumentar la percepción de la experiencia de los individuos, una idea o un hecho(41).

El grupo focal está conformado por unas etapas establecidas:

- Etapa preparatoria: toma de decisiones del investigador sobre los participantes, las preguntas, la manera de moderar, el análisis y el informe final. En este caso se tomará el número de mujeres que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión que quieran participar en el estudio hasta llegar a la saturación de datos y que hayan firmado el CI. En cuanto a las preguntas, irán relacionadas con los objetivos marcados en el estudio, aunque se deja abierta la posibilidad de la espontaneidad para la expresión de otros temas que quizá pasen más desapercibidos. Por otra parte, se pactará con las mujeres que lugar de reunión puede ser apto para la creación de un espacio de confort que no interfiera en las interrelaciones o discursos de los sujetos. Se acordará con las informantes el día y la hora que se realizará la entrevista. Se contará con una grabadora para la grabación del discurso y posterior transcripción de la discusión. Se ofrecerán diferentes bebidas para favorecer un espacio cercano y cómodo(41).

El investigador también adoptará la posición de observador del lenguaje no verbal de los asistentes y las interacciones que se creen. Todas las anotaciones se realizarán mediante un diario de campo(41).

- Etapa de implementación: está formada por dos puntos, la introducción y el debate. Durante la introducción es muy importante como recibir al grupo fomentando un ambiente cómodo y cercano. Se incluye en este momento la presentación del moderador y su papel en el grupo, se procede a la explicación del estudio, la manera de selección de los participantes y se les explicará el uso previsto que se hará con los datos obtenidos. Se establecerán las normas del debate remarcando el respeto por los participantes no siendo permitidos comentarios de burla u ofensivos. Se les explicará la importancia de que todas las mujeres participen en el debate, siempre que se respeten los turnos de palabra y se explicará la importancia de crear diálogos entre ellas para vivenciar un intercambio de información y experiencias. La duración total de la sesión contará con un máximo de 120 minutos(41).

La segunda parte de esta etapa es el debate de fondo. Se inicia en el momento en el que se realiza la primera pregunta o se propone el tema de fondo a estudiar. Se incitará mediante intervenciones que las mujeres creen una discusión y dirigir el tema hacia donde interese al investigador. El moderador debe intervenir lo justo, siendo las interrupciones las mínimas, pero fomentado siempre el debate entre los informantes(41).

- Etapa de clausura: se llega a esta etapa cuando la información se agota, es decir cuando no aparecen nuevas ideas en el grupo. Es en este momento cuando el moderador interviene resumiendo la sesión, identificando las características principales del debate, se vuelve a comentar que se va a realizar con la información obtenida y se agradece la asistencia de los participantes. Se finalizará con un pisolabis de agradecimiento(41). (ver Anexo IV)

Toda la información recogida durante la entrevista acerca de actitudes, lenguaje no verbal o situaciones vividas, se anotarán en un diario de campo.

6.3. Diario de campo

Mediante el diario de campo el investigador narra y describe todas las observaciones, reflexiones, vivencias, reacciones vividas y percibidas, las primeras impresiones, interpretaciones, análisis e hipótesis sobre lo que se está observando(41).

Esta herramienta permite la realización de la triangulación de los datos obtenidos, aumentando la calidad de lo estudiado. Las anotaciones deben tener una secuencia temporal marcada, el contenido y el contexto. Dentro de la tipología de notas se encuentran(41):

- Metodológicas: muestran la historia metodológica de la investigación. Por ejemplo, número de personas observadas, fecha, lugar, duración de los talleres, etc.(41).
- Descriptivas: aportan la descripción de los sucesos observados. Por ejemplo, los participantes, los acontecimientos que ocurren, la descripción del espacio que se utiliza, etc.(41).

- Teóricas: el uso de la interpretación y comprensión se mantiene durante todo el proceso(41).
- Personales: incluye emociones, vivencias, percepciones y reacciones del investigador(41).

6.4. Análisis de datos

En la investigación cualitativa el registro de información se centra en las situaciones, fenómenos e interacciones producidas por los sujetos acerca del tema de estudio. Toda la información obtenida está cargada de significado. La información procederá de la observación participante y del grupo focal contando también con las notas tomadas en el diario de campo mediante la transcripción de la información. Se transcribirá íntegramente la observación participante y el discurso del grupo focal, incluyendo lenguaje no verbal, sin la omisión de onomatopeyas, interjecciones y coletillas. Para mantener la intimidad de las participantes se creará un código para cada interviniente. Antes de proceder al análisis de los datos se leerá la información obtenida con el objetivo de obtener unas anotaciones iniciales que plasmen las primeras impresiones del investigador, ideas, reflexiones, etc.(41).

El análisis de los datos está formado por dos etapas:

- La codificación: a través de la transcripción de los datos obtenidos tanto en la observación participante como en el grupo focal, se establecen unas categorías más generales con el fin de formular nuevas preguntas y niveles interpretativos. Los códigos están relacionados con el tema de estudio. Para que una categoría pueda ser analizada ha de tener un significado propio, debe ser comprensible sin la necesidad de aporte de información extra. Se irán creando unas listas de códigos que se compararán para analizar la existencia de un enunciado común. Se debe fragmentar el texto y seleccionar aquellos fragmentos que se puedan relacionar con el significado de los diferentes códigos establecidos(41).
- Categorización: está formado por la reagrupación de los códigos para relacionarlos con un enunciado o etiqueta que represente un nivel más global del significado. La ordenación de los códigos se llama subcategoría

y el enunciado de cada una debe estar relacionado con el contenido de los códigos. Primero se crearán las subcategorías y posteriormente se crearán las categorías. Por ejemplo, si se establece un código de confort, puede estar subcategorizado por satisfacción, dolor y acompañamiento familiar. Una vez realizada la categorización se procede a la obtención de los resultados, que deben responder a la pregunta y objetivos de la investigación(41).

Existe la posibilidad del uso de programas informáticos para la realización del análisis cualitativo como Atlas.ti, el cual facilita todos los procesos comentados y que se utilizará durante la investigación para el análisis de los datos.

Existen diferentes procedimientos para el análisis cualitativo:

- Inducción analítica: desarrolla clasificaciones, tipos y produce hipótesis explicativas del fenómeno(41).
- Análisis del contenido: describe las narrativas de los sujetos mediante la identificación sistemática y objetiva de las características específicas del texto. Se estudia el texto obtenido a nivel sintáctico, semántico y pragmático(41).
- Análisis procedimental: consiste en las operaciones necesarias para la obtención de conclusiones válidas y fiables(41).

El análisis cualitativo también se divide en:

- Análisis estructural: tiene como objetivo descubrir las partes principales del texto y sus interrelaciones. Se llega a ello mediante técnicas y enfoque que tienen como fin descubrir las estructuras y reglas que componen los datos(41).
- Análisis interpretativo: analiza las conexiones, regularidades y orígenes de la información. A su vez puede ser descriptivo/interpretativo o constructor de teoría(41).

En el caso del presente trabajo, se realizará un análisis interpretativo, ya que este tipo de análisis permite profundizar en las perspectivas individuales de las mujeres, los valores y las creencias. Permite identificar y analizar los significados

que se encuentran detrás de las experiencias de las mujeres, las emociones asociadas, las interrelaciones con el personal sanitario, permite explorar los contextos sociales y culturales y las relaciones familiares que pueden influir en la decisión de no amamantar.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La ética de la investigación es aquella que tiene como objetivo que las investigaciones cumplan los principios bioéticos. Se centran en el cumplimiento de los aspectos éticos de una investigación, en su naturaleza y en sus fines. La entidad encargada del cumplimiento de estos aspectos son los comités de bioética, asegurándose de que las investigaciones cumplan con la normativa, respeten los principios bioéticos y sean bioseguros(46).

La bioética es la rama de la filosofía que se encara del estudio de los problemas morales que se presentan con el desarrollo de la ciencia y de las metodologías aplicadas con relación a las consecuencias que el estudio pueda tener, tanto presentes como futuras. El termino fue introducido por primera vez en 1971 por el norteamericano Van Rensselaer Potter. El término se relacionó para determinar los problemas éticos que se relacionan con los avances científicos en ciencias médicas y biológicas(41).

En el año 1972, se crea el Instituto Kennedy de Bioética, en la Universidad Georgetown, formando así la primera institución académica en relación con el término bioética. Además de la institución, existieron diferentes sucesos en la historia de la ciencia, los cuales llevaron a la creación de normativas que no permitieran el desarrollo de investigaciones que no cumplieran ciertas normas. El primero en crearse fue el Código de Nuremberg (1948), relacionado con la experimentación en humanos a partir de las atrocidades cometidas por los nazis durante la segunda guerra mundial. En él, se incluyen diferentes principios, destacando el CI, entre otros(47).

Posteriormente, en 1978 mediante el informe Belmont, se establecen los diferentes principios bioéticos:

- Principio de autonomía: conlleva el respeto por los individuos como únicos, autónomos y con la obligación de respetar los valores y opciones de las personas. Conlleva también el respeto y protección de personas con autonomía disminuida. Incluye el CI con el cual los individuos tienen la elección de aceptar o rechazar la participación en un estudio sin ser coaccionados, es decir, su elección debe ser libre(41,48).
- Principio de beneficencia: se relaciona con no hacer daño o provocar beneficios en los individuos. Consiste en procurar el máximo beneficio con el mínimo de daños a los participantes del estudio. Es decir, no se puede hacer bien a costa de originar daños. Es decir, los experimentos del caso Tuskegee tenían como fin conseguir un tratamiento para la sífilis, pero fue a costa de provocar unos daños derivados al tratamiento en los sujetos a estudio(41,48).
- Principio de no maleficencia: nace en la antigua Grecia con el aforismo *primum non nocere*, es decir no provocar daño a los individuos por encima de todo. Es decir, se exige en los estudios que los riesgos sean mínimos, previsibles y limitados(41,48).
- Principio de justicia: está relacionado con el término equidad, evitando la discriminación de los individuos. En investigación, se relaciona con la distribución de riesgos y cargas además de, el deber de tratar a los sujetos del estudio con igualdad de condiciones, reciprocidad e imparcialidad(41,48).

Las últimas actualizaciones en bioética se corresponden derivadas de la Declaración de Helsinki, donde se establecen los principios bioéticos para la investigación clínica en seres humanos. Durante la 5ª revisión de dicha declaración, en la Declaración de Edimburgo en el 2000, se especificó la obligatoriedad de que los participantes aporten el CI y preferentemente por escrito en las investigaciones(41).

Para que un estudio se considere ético, debe cumplir con diferentes etapas y actividades. Antes del desarrollo del trabajo de campo se debe de solicitar por escrito la obtención de la autorización por los Comités Éticos de Investigación

Clínica (CEIC) para el desarrollo del proyecto. Estos comités son los encargados de garantizar que la investigación cumpla con los principios bioéticos y con las normas de buena práctica clínica. La aprobación de la investigación es de carácter obligatorio siempre que se trate de un estudio de intervención y que se recogen muestras biológicas y se trate de un estudio observacional. Por otra parte, la Comisión de Investigación del centro, también debe de autorizar la realización del trabajo y en caso de que sea necesario usar información de la cual ya dispone el centro, solo haría falta ser autorizado por esta Comisión(41). En el caso concreto del trabajo presente, se pedirá consentimiento al CEIC de Castellón, encargado de las investigaciones que se llevan a cabo en el departamento de salud de Vinaròs. Se le facilitará a este organismo todos los documentos requeridos para la aprobación del proyecto de investigación vía e-mail (ver Anexo IV).

Tras la aprobación del proyecto, se procederá a la selección de las mujeres. Serán mujeres que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión y deseen voluntariamente la participación en la investigación y que firmen el CI y reciban la hoja de información del estudio. Se les explicará el fin de la investigación y en que consiste además de facilitarles los documentos del CI (ver Anexo V) que se leerá en voz alta y se les explicará con el fin de entender al completo el documento y la resolución de dudas en caso de aparecer. Por otra parte, se les explicará que, durante la fase del grupo focal, la conversación será grabada para la posterior transcripción pero que se guardará el anonimato de las participantes en todo momento adjudicándoles un código por cada informante. Las participantes podrán abandonar en cualquier momento la investigación comunicándolo y sin que ello tenga ninguna repercusión en su trato asistencial.

La garantía de la protección de datos de carácter personal es un derecho de las personas recogido en la Constitución en su artículo 18.4. Concretamente, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, es la normativa encargada de que se cumplan los derechos personales de los individuos acerca de la protección de sus datos personales. Toda investigación debe cumplir con dicha normativa y debe de figurar el cumplimiento de la normativa y su explicación en el CI(49,50).

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y LÍNEAS DE FUTURO.

Puesto que solo se va a realizar en la Comunidad Valenciana y en un departamento de salud, no se podrá extrapolar el estudio a otros departamentos, al no poder comparar las diferentes metodologías relacionadas con las variables del estudio.

8.1. LINEAS DE FUTURO

Desarrollar un estudio más amplio geográficamente para que pueda aportar información nueva a la evidencia en este campo y así mejorar la calidad asistencial.

9. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

El presente estudio ofrece una mejora en la EM, ya que con los resultados obtenidos se podría ayudar a mejorar el contenido de las sesiones y la calidad. Esto podría incluir la revisión de materiales educativos, la capacitación del personal sanitario y la incorporación de información más completa y equilibrada sobre la alimentación del recién nacido, incluidas las alternativas a la lactancia materna.

El proyecto podría ayudar a desarrollar enfoques más empáticos del personal sanitario. La comprensión de los enfoques y modelos adoptados por el personal sanitario frente a la elección del tipo de alimentación neonatal puede ayudar a identificar actitudes o prácticas que podrían mejorarse. Esto podría incluir la capacitación en comunicación empática, la sensibilización sobre las diferentes circunstancias y necesidades de las mujeres y el fomento de un enfoque no estigmatizante hacia las opciones de alimentación infantil.

La investigación sobre la relación entre el estilo de comunicación del personal sanitario y las emociones negativas experimentadas por las gestantes y púerperas podría identificar las áreas de mejora en la comunicación y el apoyo emocional. Este abordaje podría incluir la capacitación en habilidades de escucha activa, la identificación y validación de las emociones de las mujeres y el desarrollo de estrategias para abordar las preocupaciones y ansiedades relacionadas con la alimentación del bebé.

Al comprender mejor las demandas de información expresadas por las mujeres durante las sesiones de EM y las consultas con la matrona, se puede proporcionar un apoyo más adecuado y personalizado. Esto puede ayudar a reducir la ansiedad y la incertidumbre relacionadas con la toma de decisiones sobre la alimentación del bebé, lo que a su vez puede mejorar la satisfacción y el bienestar general de las mujeres durante el embarazo y el posparto. Este hecho conlleva implícitamente la mejora de la calidad de los servicios.

La exploración de las respuestas y actitudes de las matronas frente a la comunicación de la decisión de no amamantar puede ayudar a comprender cómo el personal sanitario aborda esta situación y brinda apoyo. Esto podría llevar a la implementación de intervenciones dirigidas a mejorar la capacitación y el apoyo brindado por las matronas a las mujeres que optan por no amamantar, promoviendo un entorno de apoyo y comprensión.

En cuanto a la aplicabilidad de proyecto, se podría trasladar a las diferentes comunidades autónomas con tal de obtener una investigación más objetiva y con el fin de poder observar si la metodología aplicada a las mujeres embarazadas y púerperas con respecto a el tipo de alimentación elegida para su hijo es unificada en toda España. Con la anterior investigación se podrían modificar los programas de salud y obtener una EM mejorada gracias a la evidencia científica.

10. BIBLIOGRAFÍA:

1. Jesús M, García B. Ventajas de la lactancia materna. Medicina naturista [Internet]. 2000 [citado 6 de octubre de 2023];1(1):44-51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=202434>
2. García Otero A, Palacios Campos A, Fernández Guerra C, López Arnáiz A, Llano Fernández GA, Mulas Martín MJ, et al. Programa de preparación para la maternidad y paternidad [Internet]. Gobierno de Cantabria. Consejería de sanidad y servicios sociales; 2010 [citado 9 de enero de 2024]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/Programa%20Preparaci%C3%B3n%20Maternidad%204-11-10.pdf>

3. Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. Horizonte Médico (Lima) [Internet]. 2014 [citado 9 de enero de 2024];14(4):53-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Vilar B, Fullana Montoro C, M^a Pascual de la Torre A, Plá Ernst M, Sanz Valero E. Control Básico del Embarazo en la Comunidad Valenciana. Manual para Profesionales Sanitarios [Internet]. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2002 [citado 9 de enero de 2024]. Disponible en: <https://cuidados20.san.gva.es/documents/16597/17777/Control+Basico+Embarazo.pdf>
5. Trickey H, Newburn M. Goals, dilemmas and assumptions in infant feeding education and support. Applying theory of constraints thinking tools to develop new priorities for action. Matern Child Nutr [Internet]. enero de 2014 [citado 31 de diciembre de 2023];10(1):72-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22712475/>
6. Wirihana LA, Barnard A. Women's perceptions of their healthcare experience when they choose not to breastfeed. Women and Birth [Internet]. 1 de septiembre de 2012 [citado 30 de diciembre de 2023];25(3):135-41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21903496/>
7. Lagan BM, Symon A, Dalzell J, Whitford H. 'The midwives aren't allowed to tell you': Perceived infant feeding policy restrictions in a formula feeding culture – The Feeding Your Baby Study. Midwifery [Internet]. 1 de marzo de 2014 [citado 30 de diciembre de 2023];30(3):e49-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24238979/>
8. Paz Pascual C, Artieta Pinedo I, Grandes G, Espinosa Cifuentes M, Gaminde Inda I, Payo Gordon J. Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. Aten Primaria [Internet]. 1 de diciembre de 2016

- [citado 31 de diciembre de 2023];48(10):657-64. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-necesidades-percibidas-por-mujeres-respecto-S021265671630066X>
9. Fallon V, Komninou S, Bennett KM, Halford JCG, Harrold JA. The emotional and practical experiences of formula-feeding mothers. *Matern Child Nutr* [Internet]. 1 de octubre de 2017 [citado 31 de diciembre de 2023];13(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27862970/>
 10. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna: preguntas frecuentes [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 [citado 3 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.1>
 11. Sánchez López JD, Cambil Martín J, Villegas Calvo M, Luque Martínez F. Principle of autonomy of the patient. Reflections and bioethical conflicts. *J Healthc Qual Res* [Internet]. 1 de mayo de 2020 [citado 11 de enero de 2024];35(3):197-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31753715/>
 12. Flor López M de la, Molina Fernández I de, Roca Biosca A, Escuriet R, Galera Ortega J, Rubio Rico L. Modelo de decisiones compartidas en cáncer de mama. De la teoría a la práctica. *RIO: Revista Internacional de Organizaciones* [Internet]. diciembre de 2018 [citado 13 de enero de 2024];21(21):43-62. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6742043&info=resumen&idioma=SPA>
 13. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality No decision about me, without me. The king's fund [Internet]. 2011 [citado 12 de enero de 2024]; Disponible en: https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/73b4098901/making_shared_decisions_making_reality_july_2011.pdf
 14. Comunidad de Madrid. Servicios e información. Salud [Internet]. [citado 10 de enero de 2024]. Atención sanitaria a la mujer embarazada. Disponible

en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/atencion-sanitaria-mujer-embarazada>

15. Asociación de Matronas de la Región de Murcia [Internet]. [citado 10 de enero de 2024]. Biblioteca virtual. Documentos. Disponible en: <https://www.asociacionmatronasmurcia.es/biblioteca-virtual/documentos/>
16. López Díaz J. Proceso Asistencial Integrado: Atención al Embarazo Normal y Puerperio. [Internet]. Servicio de Salud de Castilla la Mancha; 2015 [citado 10 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.chospab.es/cursos_on_line/sescam/proceso_materno_infantil/archivos/Trabajo_del_Grupo_Embarazo_Puerperio_2015.pdf
17. Romero Hergueta M del C, Hernández Rubio A, Gabilondo Santander C, Doménech Muñoz G. La salud desde el principio. Guía de salud materno-infantil [Internet]. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. 2023 [citado 10 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-materno-infantil/salud-principio-guia-salud-materno-infantil.ficheros/2587587-La%20salud%20desde%20el%20principio%20_Noviembre%202023.pdf
18. Lasheras Lozano L, Pires Alcaide M. Para una maternidad saludable nueve meses para compartir [Internet]. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. Dirección Gral de Atención Primaria; 2012 [citado 10 de enero de 2024]. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM017286.pdf>
19. Pallás Alonso CR. Promoción de la lactancia materna [Internet]. PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Asociación Española de Pediatría; 2006 [citado 9 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/4-promocion_de_lactancia_previnfad.pdf

20. Negrín Rodríguez AM. La Educación Maternal en mujeres primíparas y su afrontamiento al parto [Internet] [Trabajo de Final de Grado]. Universidad de la Laguna; 2019 [citado 9 de enero de 2024]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15139/La%20Educacion%20Maternal%20en%20mujeres%20primiparas%20y%20su%20afrontamiento%20al%20parto%20.pdf?sequence=1>
21. Maldonado-Durán M, Saucedo-García JM, Lartigue T. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2008 [citado 26 de enero de 2024];22(1):5-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21076>
22. González Uriarte A. Estados emocionales en el postparto. *Medicina naturista* [Internet]. 2006 [citado 6 de octubre de 2023];(10):483-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985554&info=resumen&idioma=SPA>
23. Coo Calcagni S, Mira Olivos A, García Valdés MI, Zamudio Berrocal P, Coo Calcagni S, Mira Olivos A, et al. Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes pediátrica* [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 26 de enero de 2024];92(5):724-32. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532021000500724&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Vázquez MB, Mínguez MC. Spanish brief version of the pregnancy related anxiety questionnaire: PRAQ-20. *Clin Salud* [Internet]. 2021 [citado 26 de enero de 2024];32(1):15-21. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2020a22>
25. Vázquez M. Belen, Mínguez M. Carmen. Depresión en el embarazo y postparto: prevalencia y factores asociados [Internet]. Libro de capítulos. IV Congreso Nacional de Psicología. [Santiago de Compostela]:

- Universidade de Santiago de Compostela; 2020 [citado 26 de enero de 2024]. Disponible en: <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/24357>
26. De Vicente A, Castilla C, Villamarín S, Berdullas Si. Protegiendo la salud mental materna. Infocop [Internet]. 2016 [citado 26 de enero de 2024];(73). Disponible en: <http://www.cop.es/infocop/pdf/2702.pdf>
 27. Jackson L, Fallon V, Harrold JA, De Pascalis L. Psychosocial predictors of post-natal anxiety and depression: Using Structural Equation Modelling to investigate the relationship between pressure to breastfeed, health care professional support, post-natal guilt and shame, and post-natal anxiety and depression within an infant feeding context. *Matern Child Nutr* [Internet]. 1 de enero de 2024 [citado 26 de enero de 2024];20(1). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mcn.13558>
 28. Olza I, Ruiz-Berdún D, Villarme S, Ruiz-Berdún DY. La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. *Dilemata* [Internet]. 2017 [citado 30 de diciembre de 2023];(25):217-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6124272&info=resumen&idioma=SPA>
 29. Massó Guijarro E. Conjeturas (¿y refutaciones?) sobre amamantamiento: Teta decolonial. *Dilemata* [Internet]. 2015 [citado 29 de enero de 2024];7(18):185-223. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106940&info=resumen&idioma=SPA>
 30. del Valle T. Asociacionismo y Redes de Mujeres ¿Espacios puente para el cambio? *Anuario de Hojas de Warmi* [Internet]. 2001 [citado 4 de marzo de 2024];(12):131-51. Disponible en: <https://revistas.um.es/hojasdewarmi/article/view/166531>
 31. Ranea Triviño B. La lactancia materna. Política e identidad. *Atlánticas Revista Internacional de Estudios Feministas* [Internet]. 2018 [citado 29 de

- enero de 2024];3(1):251-4. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.17979/arief.2018.3.1.3539>
32. Pascuál A, Echebarria I, Pérez V. Culpa y vergüenza: ¿los límites son los mismos en castellano, en inglés y en euskera? *EduPsykhé: Revista de psicología y educación* [Internet]. 2007 [citado 30 de enero de 2024];6(1):3-20. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2267121&info=resumen&idioma=ENG>
33. Ruiz de la Rosa J. Vergüenza y culpa. *Gestalt Psicoterapia y Formación* [Internet]. [citado 30 de enero de 2024]; Disponible en:
<https://www.formacionib.org/articulosverguenza.pdf>
34. Argüelles Martín F, Rivero de la Rosa M del C, Carbonero Celis MJ. Lactancia artificial [Internet]. 1ª. Vol. 23, Libro blanco de la nutrición infantil en España, 2015, ISBN 978-84-16515-24-0, págs. 95-100. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza; 2015 [citado 2 de febrero de 2024]. 95-100 p. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7562696>
35. Gómez-Álvarez Salinas P. Fórmulas infantiles. Alimentación adaptada. *Farmacia Profesional* [Internet]. 1 de septiembre de 2002 [citado 30 de enero de 2024];16(8):72-83. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-formulas-infantiles-alimentacion-adaptada-13036531>
36. Serra JD, Ferrer Lorente B, Miñana IV. Lactancia artificial. *Pediatr Integral* [Internet]. 2015 [citado 30 de enero de 2024];19(4):251-9. Disponible en:
https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/03/n4-251-259_Jaime%20Dalmau.pdf
37. Fernández y Fernández-Arroyo M. Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. *Index de Enfermería* [Internet]. junio de 2013 [citado 6 de febrero de 2024];22(1-2):40-4. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=en

38. Guillén Rodríguez M, Sánchez Ramosa J, Toscano Márqueza T, Garrido Fernández M. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. *Aten Primaria* [Internet]. junio de 1999 [citado 7 de febrero de 2024];24(2):66-74. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-educacion-maternal-atencion-primaria-eficacia-13305>
39. Bosch Fontcuberta JM. La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil asignatura. *Aten Primaria* [Internet]. 1 de julio de 2012 [citado 7 de febrero de 2024];44(7):385-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7025252/>
40. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012 Citizens' participation in health: education and shared decision-making. SESPAS Report 2012. *Gac Sanit* [Internet]. 2012 [citado 7 de febrero de 2024];26:158-61. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-linkresolver-participacion-ciudadana-salud-formacion-toma-S0213911111003694>
41. Isern MTI, Pulpón Segura AM. Cómo elaborar y presentar de un proyecto de investigación, tesina y tesis [Internet]. *Medicina Legal de Costa Rica*. Edición virtual. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2012 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=509807>
42. Amezcua Martínez M. El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería* [Index Enferm] [Internet]. 2000 [citado 22 de febrero de 2024];30:30-5. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/50643>
43. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica* [Internet]. 1 de enero de 2013 [citado

- 22 de febrero de 2024];2(5):55-60. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-la-tecnica-grupos-focales-S2007505713726838>
44. Aigner M. La técnica de recolección de información mediante grupos focales. *La Sociología en sus Escenarios* [Internet]. 21 de mayo de 2002 [citado 22 de febrero de 2024];(6). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/1611>
45. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat [Internet]. 2024 [citado 12 de febrero de 2024]. Departamento de Salud de Vinaròs. Disponible en: <https://vinaros.san.gva.es/es/organizacion>
46. Consejo Superior de Investigaciones Científicas [Internet]. [citado 2 de marzo de 2024]. Ética en la investigación. Disponible en: <https://www.csic.es/es/el-csic/etica/etica-en-la-investigacion>
47. Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. Código de Núremberg [Internet]. Subdirección de Investigación. Facultad de Medicina y Hospital Universitario, UANL. [citado 2 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.medicina.uanl.mx/investigacion/wp-content/uploads/2019/05/21-codigo-de-nucc88remberg.pdf>
48. Biotecnología y sociedad. Universidad de Granada [Internet]. 2005 [citado 2 de marzo de 2024]. Introducción a la bioética. Disponible en: <https://www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm>
49. Agenda Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2018 [citado 3 de marzo de 2024]. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
50. Boletín Estatal del Estado [Internet]. 2016 [citado 3 de marzo de 2024]. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general

de protección de datos). Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2016-80807>

51. Andreu Solsona P, Barreda Aznar Am. Procedimiento normalizado de trabajo del Comité de Ética de Investigación con medicamentos del Hospital General Universitario de Castellón [Internet]. Departamento de Salud de Castellón. 2018 [citado 22 de abril de 2024]. Disponible en:
<https://www.san.gva.es/documents/d/farmacia-i-productes-sanitaris/pnt-hguacs-v1-1-enero-2018-con-diligencia>
52. Matronas Profesión | Normas de publicación [Internet]. [citado 3 de junio de 2024]. Disponible en:
<https://matronasprofesion.es/nosotros/normasPublicacion>
53. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo. British Journal of Psychiatry [Internet]. junio de 1987 [citado 26 de enero de 2024];150. Disponible en:
https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

11. CRONOGRAMA

PRIMERA ETAPA: construcción de la investigación

La primera etapa está compuesta por el tiempo y la evolución realizada con este trabajo, el cual consta del diseño de la investigación.

En el siguiente cronograma se observa la evolución del trabajo:

PRIMERA ETAPA	Nov. '23	Dic. '23	Ene. '24	Feb. '24	Mar. '24	Abr. '24	May. '24	Jun. '24
Construcción marco teórico, objetivos y metodología prevista								
Diseño de estudio, unidad de análisis, muestreo, análisis e implicaciones éticas								
Bibliografía, anexos, resumen, cronograma, presupuestos, prologo								
Elaboración artículo								
Presentación y difusión del proyecto								

Tabla 1. Primera etapa de la investigación

SEGUNDA ETAPA: Solicitud de permisos y concesión, presentación del proyecto.

Esta segunda etapa se iniciará en julio de 2024 con la solicitud al CEIC de los permisos necesarios para el desarrollo de la investigación. El plazo marcado por el CEIC de Castellón para la evaluación de proyectos es entre 45 y 96 días(51). Una vez aprobado

el proyecto y facilitada la documentación al CEIC, se procederá a presentar el proyecto en la Dirección de Enfermería y se contactará con las matronas del centro de atención primaria de Vinaròs, se les presentará el proyecto y se solicitará la colaboración de las profesionales.

SEGUNDA ETAPA	Jun. '24	Jul. '24	Agos. '24	Sep. '24	Oct. '24	Nov. '24	Dic. '24
Solicitud de permisos y facilitación de información solicitada por CEIC y aprobación del estudio							
Presentación del estudio a la dirección							
Contactar con las matronas del CAP de Vinaròs							

Tabla 2. Segunda etapa de la investigación

TERCERA ETAPA: Inicio de la investigación

Se iniciará la captación de las informantes por parte de las matronas del centro de atención primaria de Vinaròs siempre que se cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

La previsión del tiempo del estudio será condicionante. La saturación de los datos marcará el tiempo necesario para la investigación. La recogida de datos y posterior análisis e interpretación se realizará por parte de la investigadora principal. La detección de las informantes vendrá por parte de las matronas en las consultas de atención cuidados de la embarazada y puérpera.

Tras la captación y firma del CI se iniciará la observación participante y seguidamente los grupos focales hasta la saturación de datos. La transcripción de las observaciones se mantendrá durante todo el proceso al igual que las transcripciones de los grupos focales.

TERCERA ETAPA	Ene.	Feb.	Mar.'	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
	'25	'25	25	'25	'25	'25	'25	'25	'25	'25	'25	'25
Captación de mujeres por parte de las matronas												
Inicio de la observación participante												
Transcripción notas de campo												

Tabla 3. Tercera etapa de la investigación '25

TERCERA ETAPA	Ene. '26	Feb. '26	Mar.' 26	Abr. '26	May. '26	Jun. '26	Jul. '26
Observación participante							
Grupos focales							
Transcripción notas de campo							
Transcripción de grupos focales							

Tabla 4. Tercera etapa de la investigación '26

CUARTA ETAPA: análisis de los datos, redacción del informe final, difusión de los resultados.

La última etapa constará del análisis de los datos, fases de codificación y categorización mediante el software Atlas.ti, realización del análisis estructural y e interpretativo. Una vez obtenidos los resultados, se realizará un informe final y se procederá a la difusión de los resultados mediante la realización de un artículo de revista solicitando la publicación en revistas especializadas.

CUARTA ETAPA	Ago '26	Sept. '26	Oct. '26	Nov. '26	Dic. '26	Ene. '27	Feb. '27	Mar. '27	Abr. '27	May. '27
Análisis de los datos										
Realización del informe final										
Difusión de resultados										

Tabla 5. Cuarta etapa de la investigación'26-'27

12. PRESUPUESTO

CONCEPTO	PRECIO	TOTAL
Material oficina:		
Folios (1 paquete)	6,98€	
Carpetas (1)	4,83€	33,22€
Libreta A4 (3)	15,66€	
Bolígrafos (1 paquete)	5,75€	
Impresora	52,47€	
2 cartuchos de tinta	19,99€/unidad	92,45€
Grabadora de voz	29,99€	29,99€
Material informático	311,99€	311,99€
Licencia Microsoft Office	69,00€/año	345€
Soporte informático		
Atlas.ti (de año 2025-2027)	549€	549€
Soporte informático de transcripción durante 4 meses (Descriptor)	30€	120€
Desplazamiento del investigador principal	800€	800€
Tarifa de internet	40€/mes	2400€
Dietas	400€	400€
Asistencia a congresos	600€	600€
TOTAL		5681,65€

Tabla 6. Presupuesto

13. PROPUESTA DE ARTICULO CIENTÍFICO.

Se realiza una propuesta de artículo basado en las normas de publicación de la revista Matronas Profesión, disponible en su página web(52).

Experiencia de gestantes y puérperas ante la decisión de no amamantar. Una revisión bibliográfica.

Autoras: Silvia Hernández Herrero. Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería. Enfermera del área quirúrgica del Hospital Comarcal de Vinaròs, Castellón, España. Dirección de correo electrónico: silvia.hernandez.herrero@hotmail.com. Maria Inmaculada de Molina Fernández. Doctora por la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona. Profesora en el Departamento de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, España. Dirección de correo electrónico: inmaculada.demolina@urv.cat. Código ORCID: [0000-0002-1429-4455](https://orcid.org/0000-0002-1429-4455).

RESUMEN/ABSTRACT

Objetivo: Conocer la evidencia científica existente relacionada con las experiencias de madres no lactantes tras manifestar al personal sanitario su decisión de no amamantar mediante lactancia materna (LM).

Metodología: revisión sistemática de cuatro bases de datos: Dialnet, Pubmed, Scopus y Cochrane; se utilizaron en la mayoría de los casos tesauros específico juntamente con combinación de los booleanos AND y OR. La búsqueda fue filtrada por años de publicación, incluyendo aquellos artículos que estaban comprendidos entre 2014-2024 y que estuvieran en inglés o español.

Resultados: De un total de 270 referencias bibliográficas, 12 cumplían con los criterios de inclusión. De ellos se obtuvieron dos categorías principales: 1) falta de información y apoyo y 2) culpa, vergüenza y juicio.

Conclusiones: la literatura científica señala que las mujeres que han decidido no amamantar, sienten que no han obtenido la información ni el apoyo suficiente relacionado con la alimentación de los bebés o que incluso, la información recibida, llegaba a ser contradictoria. Las mujeres señalaron haber desarrollado sentimientos de culpa, vergüenza y juicio relacionados con el método de alimentación elegida. Además, verbalizaron que el personal sanitario y la

sociedad mantenía actitudes negativas y de juicio ante su decisión de no amamantar.

Palabras clave: madres, presión, formulas infantiles, culpa, personal de salud.

Objective: To examine the existing scientific evidence regarding the experiences of non-breastfeeding mothers after communicating their decision not to breastfeed to healthcare personnel.

Methodology: A systematic review of four databases: Dialnet, PubMed, Scopus, and Cochrane, utilizing specific thesauri in most cases along with the combination of the Boolean operators AND and OR. The search was filtered by publication years, including articles published between 2014 and 2024, and those in English or Spanish.

Results: Out of a total of 270 bibliographic references, 12 met the inclusion criteria. Two main categories emerged from these: 1) lack of information and support, and 2) guilt, shame, and judgement.

Conclusions: The scientific literature indicates that women who have decided not to breastfeed feel they have not received sufficient information or support related to infant feeding, and sometimes the information provided was contradictory. These women reported experiencing feelings of guilt, shame, and judgement associated with their chosen feeding method. Furthermore, they expressed that healthcare personnel and society maintained negative and judgemental attitudes towards their decision not to breastfeed.

Key words: mothers, pressure, infant formula, guilt, personal health services.

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y comunidades científicas señalan a la lactancia materna (LM) como el tipo de alimentación más idónea para los recién nacidos (RN). La LM proporciona beneficios para la salud tanto para la madre como para el neonato (1,2). Se muestra como principal protector mejorando la inmunidad de los neonatos, incidiendo en el desarrollo neuronal, mejorando la relación maternofilial y obviamente está relacionado con el ahorro económico (3).

El personal sanitario es el encargado de transmitir a las mujeres la información relacionada con los cuidados de los neonatos, incluyendo entre ellos, los tipos de alimentación que los bebés pueden tener. Los preparados de leche se incluyen entre las opciones con las cuales las madres pueden alimentar a sus hijos. Si bien es cierto que la LM cuenta con los mejores beneficios para los neonatos, la madre es la que decidirá finalmente, tras la recepción de la información por parte de los profesionales de salud, del tipo de alimentación que sus hijos llevarán a cabo. La autonomía del paciente se relaciona con la capacidad de elección, pensamiento y acción de los pacientes. Las decisiones de las mujeres ante la alimentación de su hijo deberían ser aceptadas y apoyadas independientemente de la decisión que éstas hayan tomado tal y como se detalla en Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (OMS 1981) (4).

Se encuentran autores que han investigado a cerca de la información recibida por las madres relacionada con el tipo de alimentación de los bebés, extrayendo resultados como falta de apoyo por parte de los profesionales sanitarios, sentimientos de culpa, falta de información o información contradictoria y sensación de ser presionadas hacia la LM (2,13).

Es frecuente que las madres se enfrenten diariamente a la aceptación social y al cumplimiento de expectativas marcadas por la sociedad actual relacionadas con el tipo de alimentación infantil que éstas desarrollan con sus hijos. Autores afirman que esta visión social acerca de la alimentación mediante leche de fórmula puede desencadenar sentimientos negativos en las madres y afectar así a su salud mental (9).

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer la evidencia científica existente relacionada con las experiencias de las madres tras manifestar al personal sanitario su decisión de no amamantar mediante lactancia materna (LM).

METODOLOGÍA:

Con el fin de estudiar las experiencias de las mujeres que no desean amamantar, así como la respuesta emocional de éstas, explorar las intervenciones del personal sanitario y la identificación de los sentimientos de las mujeres tras la

intervención del personal sanitario ante la decisión de no amamantar, se realiza una Revisión Sistemática (RS) de bibliografía científica.

Para la búsqueda se utilizaron las bases de datos: Dialnet, Pubmed, Scopus y Cochrane. La estrategia de búsqueda se fue adaptando a cada base de datos, utilizando en algunos casos los tesauros específicos (MeSh) (DeCS). Los términos empleados para la búsqueda de datos fueron: "lactancia artificial", "personal" sanitario, "biberón", "madres", "presión", "ansiedad", "culpa", "buena madre", "leche de formula", "infant formula", "decision making", "mothers", "Breast Feeding", "pressure" y "formula feeding". Se utilizaron filtros relacionados con los años de publicación, seleccionando solo artículos comprendidos entre el 2014 y el 2024, en idiomas inglés o español y que contaran con texto completo. En las cuatro bases de datos utilizadas, se empleó el uso de booleanos AND y OR junto a los descriptores. Con el fin de afinar la búsqueda se añadieron criterios de exclusión como:

- Estudios realizados en países subdesarrollados.
- Artículos que no cuenten con texto completo.
- Artículos que cuenten con más de diez años.
- Artículos que no estuviesen relacionados con los sentimientos de las madres y la lactancia artificial (LA).

En la última etapa de la revisión se rechazaron aquellos artículos que estuvieran repetidos, artículos no fundamentados en evidencia científica y que no reflejaban a la población de estudio o al objetivo del estudio (Figura 1).

Finalmente, tras la última etapa de revisión se seleccionó entre las 270 referencias encontradas un total de 21 referencias bibliográficas (Tabla 1). De estas 21 referencias se eliminan un total de 9 por tratarse de comentarios o de artículos en los cuales la metodología no contaba con un diseño cualitativo, cuantitativo, mixto o se trataba de una revisión bibliográfica. Finalmente se seleccionó un total de 11 referencias bibliográficas, las cuales estaban en idioma inglés y se basaban en estudios desarrollados fuera de España. De las fuentes encontradas emergieron dos categorías: falta de información y apoyo y culpa, vergüenza y juicio.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda			
BASE DE DATOS	DESCRIPTORES Y BOOLEANOS	RESULTADOS	SELECCIONADOS
Dialnet	"Lactancia artificial" AND "personal de salud" [DeCS].	7 documentos	1 seleccionado
	"biberones" [DeCS] AND "madres" [DeCS] AND "presión" [DeCS]	2 documentos	1 seleccionado
	"biberones" [DeCS] AND "madres" [DeCS] AND "ansiedad" [DeCS] OR "culpa" [DeCS]	45 documentos	0 seleccionados
	"lactancia artificial" AND "buena madre"	6 documentos	0 seleccionados
	"formulas infantiles" [DeCS] and "buena madre" AND "enfermería"	3 documentos	0 seleccionados
	"leche de fórmula" AND "buena madre"	11 documentos	0 seleccionados
Pubmed	"Infant Formula" [MeSH] AND "Decision Making" [MeSH] AND "Mothers" [MeSH]	17 resultados	4 seleccionados
	"Infant Formula"[MeSH]AND "Decision Making"[MeSH]	30 resultados	5 seleccionados
	"Breast Feeding"[Mesh] AND "pressure" [MeSH] AND "formula feeding":	10 resultados	2 seleccionados
	"Breast Feeding" [MeSH] AND "pressure" [MeSH] AND "blame"	1 resultado	1 seleccionado
Scopus	"Infant Formula" [MeSH] AND "Decision Making" [MeSH] AND "Mothers" [MeSH]	32 resultados	2 seleccionados
	"Infant Formula"[MeSH] AND "Decision Making"[MeSH]	68 resultados	2 seleccionados
	"Breast Feeding"[Mesh] AND "pressure" [MeSH] AND "formula feeding"	18 resultados	3 seleccionados
Cochrane	"Infant Formula" [MeSH] AND "Decision Making" [MeSH] AND "Mothers" [MeSH]	5 resultados	1 seleccionados

"Infant Formula"[MeSH] AND "Decision Making"[MeSH]	9 resultados	5 seleccionados
"Breast Feeding"[Mesh] AND "pressure" [MeSH] AND "formula feeding"	6 resultados	3 seleccionados

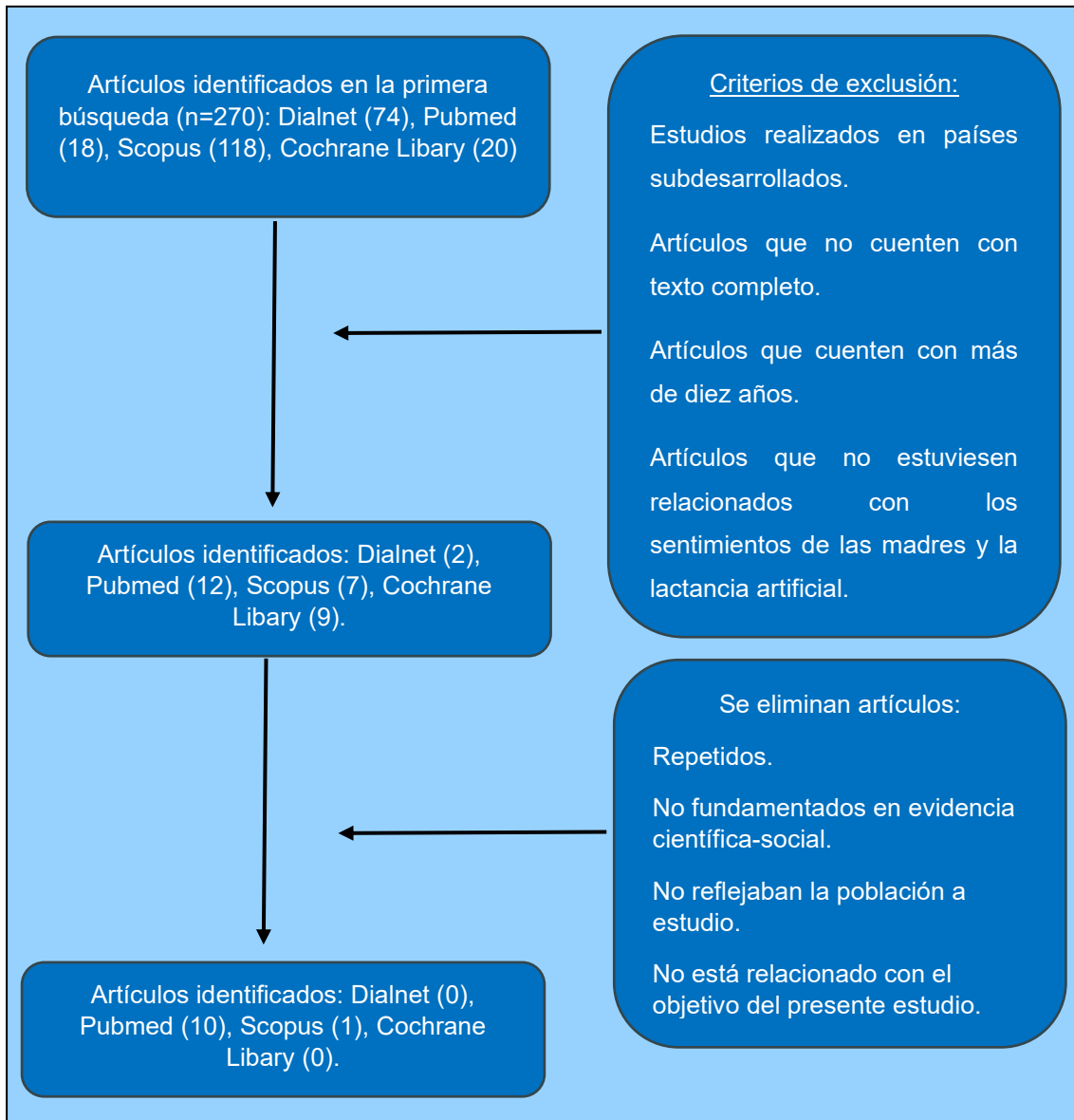


Figura 1. Flujograma selección de artículos (Figura de elaboración propia)

RESULTADOS

Falta de información y apoyo (tabla 2)

Se destaca la falta de información relacionada con la alimentación infantil por parte del personal sanitario (2,8-9,11-13). Appleton et al. en su estudio de cohortes longitudinal llevado a cabo en población australiana pone de manifiesto el sentimiento de falta de información. De entre la información extraída del estudio, se muestran que un 90,2% de mujeres utilizaron instrucciones adjuntas en los botes de leche como fuente de información principal. Además, el estudio demuestra una disminución de la información por parte de las matronas en madres que alimentaban a sus bebés mediante LA. Se añade que una quinta parte de las mujeres que alimentaban a su hijo con fórmula no recibió ningún tipo de información por parte de los profesionales sanitarios(8). Esta información extraída de los botes de leche puede interpretarse erróneamente y conllevar prácticas de riesgo en el manejo y preparación de los preparados pudiendo ser un riesgo potencialmente negativo en la salud de los infantes. Murphy et al. en su estudio evidenciaron que muchas madres recibieron mensajes contradictorios y falta de información, así como ausencia de posibilidad de acceso a grupos que podrían haber proporcionado información. Se destaca en el estudio la falta de personal sanitario para el correcto asesoramiento a cerca de los tipos de alimentación infantil. Se resalta la importancia de la facilitación de información por parte del personal sanitario independientemente de la elección del tipo de alimentación elegido por las madres puesto que el estudio demuestra que hay mujeres que sienten que su decisión acerca de la alimentación de su bebé no es respetada (11).

Otro factor influyente es la falta de apoyo. Murphy et al. extraen en su estudio que solo el 23,6% de las mujeres habían comentado las diferentes opciones de alimentación de los bebés con los profesionales de la salud durante el parto o en momentos inmediatos tras él, el 31,4% durante el ingreso hospitalario, el 15% en la llegada a su domicilio tras el nacimiento y un 8% no habían discutido sobre la alimentación en ningún momento(11). Hvatum et al. (9) en su estudio relacionado con el constructo social desarrollado en Noruega, el cual está marcado fuertemente por la LM muestran como la cultura influye en las decisiones de las

madres y sus sentimientos. Estos autores realizaron un estudio de corte cualitativo en el que se mostraban los hechos anteriormente mencionados. Las madres que no pudieron amamantar experimentaron sentimientos relacionados con no estar a la altura y que eran diferentes a otras madres que, si amamantaban, además de sentimientos de miedo por poder ser consideradas malas madres, por obtener miradas de desaprobación y comentarios de otras personas hacia ellas. Estos hechos conllevan a las madres el desarrollo de sentimientos de falta de apoyo por la sociedad por el hecho de contradecir el constructo socialmente marcado en la cultura noruega (9). Es por ello, por lo en su estudio Lagan et al. sugieren cambios en las políticas y prácticas en la atención prenatal y postnatal, puesto que los resultados obtenidos en su estudio son similares al resto de estudios expuestos anteriormente (2).

Appleton et al. destacan la necesidad de apoyo a las madres que no desean amamantar. Refieren que la aportación de información debe desarrollarse sin perjudicar a la promoción de la LM, pero facilitando la información necesaria para adquirir las herramientas de manejo que requiere la alimentación con leche de fórmula (13).

Tabla 2. Falta de información y apoyo					
Autores	Año	Título del artículo	Objetivo	Metodología	Conclusión
Lagan B, Symon A, Dalzell J, Whitford H	2014	'The midwives aren't allowed to tell you': perceived infant feeding policy restrictions in a formula feeding culture - the Feeding Your Baby Study	Explorar las expectativas y experiencias de las madres posnatales en relación con la alimentación infantil, e identificar cómo se pudo mejorar la atención.	Cualitativa	Deficiencias en el suministro de información y apoyo práctico. Información con mensajes que generan sentimientos negativos en mujeres que no desean amamantar.
Appleton J, Fowler C, Laws R, Russell C, Campbell K, Denney-Wilson E.	2020	Professional and non-professional sources of formula feeding advice for parents in the first six months.	Analizar las fuentes de asesoramiento utilizadas por padres que alimentaban a sus bebés con fórmula. Explorar los factores asociados con recibir	Cuantitativa	Algunos padres que alimentan a sus hijos con LA percibieron la falta de apoyo por los profesionales sanitarios, dependían de fuentes no sanitarias en la

			asesoramiento y comparar las fuentes utilizadas por los que usaban fórmula y los que amamantaban.		búsqueda de información.
Hvatum I, Glavin K.	2017	Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture	Describir la experiencia de no amamantar en una cultura de lactancia materna.	Cualitativa	La mayoría de las mujeres deseaba cumplir con las expectativas culturales enfrentándose a la falta de apoyo social y al juicio por optar por lactancia artificial.
Murphy R, Foley C, Verling A, O'Carroll T, Flynn R, Rohde, D.	2022	Women's experiences of initiating feeding shortly after birth in Ireland: A secondary analysis of quantitative and qualitative data from the National Maternity Experience Survey	Explorar las experiencias de las mujeres de los tipos de alimentación de bebés poco después del nacimiento en Irlanda.	Mixta	Falta de personal disponible para el apoyo de las prácticas de alimentación. La importancia de la facilitación de información por parte de los profesionales sanitarios respetando las decisiones de las mujeres.
Trickey H, Newburn M.	2014	Goals, dilemmas and assumptions in infant feeding education and support. Applying theory of constraints thinking tools to develop new priorities for action	El juicio y la falta de apoyo a las madres que usan fórmula, la falta de preparación para problemas de lactancia materna y el bajo acceso al apoyo para la lactancia.	Cualitativa	Mediante la teoría de restricciones (TOC) el estudio identificó tres problemas principales: las madres de LA se sentían juzgadas, no estaban preparadas para problemas de lactancia, y muchas no tenían el apoyo necesario.
Appleton J, Laws R, Russell CG, Fowler C, Campbell KJ, Denney-Wilson E.	2018	Infant formula feeding practices and the role of advice and support: an exploratory qualitative study	Explorar las prácticas de alimentación de fórmulas infantiles para comprender como los padres usan la fórmula y que factores pueden influir en esta práctica	Cualitativa	Falta de apoyo para padres que utilizaban LA. Las políticas y profesionales de la salud deben ofrecer información sobre LA sin que afecte la

					promoción de la lactancia.
--	--	--	--	--	----------------------------

Culpa, vergüenza y juicio (Tabla 3)

La otra variable extraída del análisis de los artículos son los sentimientos de culpa, vergüenza y juicio experimentados por las madres que no deseaban amamantar. Frecuentemente se observa una repetición de los sentimientos aun habiendo investigaciones parecidas realizadas en diferentes países.

Jackson et al. a partir de una revisión bibliográfica, extraen que la culpa fue experimentada más frecuentemente en madres que alimentaban a sus bebés con LA a las que lo hacían de manera combinada con LM o las que daban LM de manera exclusiva. Un 37,6% de las mujeres sintió culpa por motivos internos (relacionados por cómo se sentían ellas acerca del método de alimentación) y un 32,7% experimentó sentimientos de culpa provenientes de fuentes externas (como perciben los otros el método de alimentación). Las madres que optaron por leche de fórmula experimentaron culpa relacionada con los profesionales de la salud y su pareja (12). Estos autores han realizado varias investigaciones relacionadas con la culpa materna y la vergüenza, extrayendo la necesidad de definición de los conceptos de culpa y vergüenza para el desarrollo más homogéneo de investigaciones futuras relacionadas con la mejora de la validez en la construcción de los conceptos. En esta investigación, además, se haya un vínculo directo entre la vergüenza sentida por las madres y la depresión post parto (5). Un tercer estudio desarrollado por Jackson et al. de corte cualitativo que parte de la definición de los conceptos de culpa y vergüenza, extrae que no se encuentra asociación entre la vergüenza y la alimentación con leche de fórmula. En cambio, si se encuentra relacionada con las fuerzas de su contexto social, es decir con el personal sanitario y la presión hacia la LM. Estos hechos conducen a sentimientos de culpa en las madres y consecuentemente a su afección en el bienestar postnatal. Estos sentimientos que desarrollaron las madres condujeron a puntuaciones elevadas en escalas postnatales de ansiedad y depresión. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad del aumento de responsabilidades por parte de los profesionales sanitarios en la salud mental materna (6).

Hvatum et al. en su estudio relacionado con el constructo social extrajeron que las madres sentían que tenían que defender su posición por haber tomado la decisión de no amamantar y que las personas que las rodeaban y el personal sanitario tenían actitudes negativas y prejuicios hacia ellas, haciéndolas sentir apartadas y deshonradas. Del estudio se extrae también la presencia de sentimientos de culpa al no poder amamantar., llegándose a sentir incluso avergonzadas por no dar el pecho a sus hijos (9).

La revisión bibliográfica realizada revela que el 67% de las madres experimentaron sentimientos de culpa relacionados con los métodos de alimentación que empleaban. Incluso, un 76% de las madres sintieron que tenían que defender su decisión acerca del tipo de alimentación escogida (7). Estos resultados se encuentran de manera similar en otros estudios realizados relacionados con el tipo de alimentación escogida por las madres y las experiencias emocionales negativas sentidas. Estos hechos pueden llegar a ser un problema incluso en la promoción a la LM, resaltando la necesidad de un cambio de la posición paternalista de la promoción de la LM a una promoción más empática y asertiva (10).

Tabla 3. Culpa y vergüenza					
Autores	Año	Título del artículo	Objetivo	Metodología	Conclusión
Jackson L, De Pascalis L, Harrold J, Fallon V	2021	Guilt, shame, and postpartum infant feeding outcomes: A systematic review.	Examinar la relación entre culpa y/o vergüenza y los resultados de la alimentación infantil, además de cómo estas emociones varían según el método de alimentación.	Revisión sistemática	La culpa fue experimentada más frecuentemente en madres que alimentaban con LA en comparación con las que optaron por lactancia mixta o lactancia materna.
Jackson L, De Pascalis L, Harrold J, Fallon V	2022	Maternal guilt and shame in the postpartum infant feeding context: A concept analysis.	Desarrollar definiciones específicas de la alimentación infantil de culpa postparto y vergüenza.	Revisión sistemática	El uso de definiciones construidas permite a futuras investigaciones mayor homogeneidad que se relaciona con la mejora de la

					validez y de la construcción.
Jackson L, De Pascalis L, Harrold J, Fallon V.	2024	Psychosocial predictors of post-natal anxiety and depression: Using Structural Equation Modelling to investigate the relationship between pressure to breastfeed, health care professional support, post-natal guilt and shame, and post-natal anxiety and depression within an infant feeding context	Proporcionar evidencia cuantitativa de la relación entre el contexto social postnatal, el método de alimentación infantil y el bienestar emocional postnatal.	Cualitativa	Se identificó una relación negativa entre el apoyo de los profesionales de la salud y los síntomas de depresión y ansiedad postparto y una relación positiva entre la presión por amamantar, la ansiedad postnatal y síntomas de depresión.
Fallon V, Komninou S, Bennett K, Halford J, Harrold J.	2017	The emotional and practical experiences of formula-feeding mothers	Describir las experiencias emocionales y prácticas de las madres que alimentan con fórmula, y examinar cómo estas varían según la intención de alimentación prenatal y el método de alimentación postnatal.	Cuantitativa	A pesar de que las mujeres se sienten satisfechas y respetadas, un alto porcentaje de las mujeres experimentaron emociones de culpa, estigma y necesidad de defender su decisión de usar leche de fórmula.
Hvatum I, Glavin K.	2017	Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture	Describir la experiencia de las mujeres de no amamantar en una cultura de lactancia materna.	Cualitativa	La mayoría de las mujeres deseaba amamantar para cumplir expectativas culturales y ofrecer lo mejor a sus hijos, enfrentándose al juicio y la falta de apoyo al optar por LA. Las madres que no amamantan necesitaban un alto nivel de cuidado por parte de los

					profesionales de la salud, incluso si esta no era su opción preferida.
Benoit B, Goldberg L, Campbell-Yeo M.	2016	Infant feeding and maternal guilt: The application of a feminist phenomenological framework to guide clinician practices in breast feeding promotion	Examinar las prácticas comunes de promoción de la lactancia materna y cómo infunden culpa materna.	Cualitativa	La promoción de la lactancia materna en la práctica actual se identificó como una fuente de culpa materna. El miedo del personal sanitario a generar culpa impedía un apoyo integral para la lactancia materna.

DISCUSIÓN

La revisión bibliográfica expuesta, incluye estudios realizados mediante metodologías cualitativa, cuantitativa y mixta. Inicialmente se consideró la inclusión de textos en dos idiomas, aunque finalmente debido a la presencia de criterios de inclusión y exclusión claramente definidos, solo se contó con artículos publicados en inglés. No se incluyeron las investigaciones que estudiaban experiencias relacionadas con los motivos de las decisiones de las mujeres que optaban por la LA ni se incluyeron investigaciones que se referían al contenido de las sesiones de educación maternal dejándose estas líneas abiertas para futuras investigaciones, así como la necesidad de elaboración de estudios relacionados con esta temática debido a la escasez de investigaciones en población española.

Los factores comunes en las investigaciones fueron las experiencias de emociones negativas de las madres, relacionadas con la elección de leche de formula como método de alimentación para sus hijos. Se expone la necesidad de crear políticas nuevas que reenfoquen el modo en el que se informa a las madres acerca de los tipos de alimentación posibles de los neonatos (2,9). Se pone de manifiesto la necesidad de fomentar la toma de decisiones partiendo de

la autonomía del paciente y de su capacidad de elección a partir de la información completa basada en la evidencia científica.

Los conceptos de culpa y vergüenza se relacionan directamente con la salud mental de las madres influyendo negativamente e incluso pasando a ser factores de riesgo en depresiones postparto. Tras las investigaciones se expone la necesidad de aumento de personal para un correcto abordaje de la problemática. Se precisa de formación más exhaustiva relacionada con la manera en la que se informa a las mujeres sobre los tipos de alimentación de los bebés desde un punto empático y desde una visión que no fomente la presión en las madres ni los sentimientos de culpa (5-6,9). Este cambio en las prácticas requiere que los profesionales sanitarios adquieran nuevas herramientas en la comunicación de información y una correcta ratio de profesionales sanitarios para abordar la problemática presente (11).

CONCLUSIONES

De entre las decisiones que han de tomar las mujeres cuando tienen un hijo, se encuentra la decisión de la alimentación del neonato. Entre ellas se encuentra la LM, LA o mixta.

La evidencia científica nos muestra como aquellas madres que optan por la LA o leche de fórmula experimentan sentimientos negativos asociados a la culpa, vergüenza, juicio o necesidad de defender su decisión relacionados tanto con los profesionales sanitarios, así como por la sociedad. Estos sentimientos afectan a la salud mental de la madre, incidiendo negativamente e incluso llegando a considerar como factores de riesgo en depresiones postparto. Por tanto, las investigaciones realizadas sugieren un cambio en el prisma de la expresión de la información relacionada con la alimentación infantil. Relacionado con los sentimientos de culpa y con el reenfoque de la manera en la que se proporciona la información a las madres, se precisa necesariamente de un cambio por parte de la sociedad. Con la modificación de la manera de informar acerca de los tipos de alimentación infantil, se podrían minimizar los sentimientos de vergüenza, culpa y juicio sentidos por las madres, puesto que, se modificarían las conductas sociales. No se ha de pasar por alto la necesidad de seguir fomentando, debido

a sus beneficios, la LM. Un cambio en la manera de informar puede conllevar a una mejora en la promoción de la LM.

Tras el estudio del tema surgen preguntas para el abordaje de líneas futuras de investigación como, por ejemplo: ¿Se sienten las madres españolas presionadas a la LM? ¿Desarrollan las madres que optan por la leche de fórmula sentimientos de culpa y vergüenza? ¿Es necesario un cambio en la transmisión de la información relacionado con la alimentación de los neonatos? ¿Influyen los sentimientos de culpa y vergüenza en el desarrollo de depresión post parto de las madres españolas? Esta serie de preguntas se cree que pueden ser las adecuadas para profundizar en el estudio y el debate de las experiencias de las madres que no desean amamantar.

APROBACIÓN ÉTICA

Debido a tratarse de una RS, en la cual solo se han analizado datos ya anteriormente publicados, no se requirió de aprobación ética.

FINANCIAMIENTO

para la realización del presente trabajo de investigación, no se contó con ninguna fuente de financiación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores de la investigación declaran no tener conflicto de intereses ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jackson L, De Pascalis L, Harrold J, Fallon V. Guilt, shame, and postpartum infant feeding outcomes: A systematic review. *Matern Child Nutr* [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 17 de mayo de 2024];17(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33491303/>
2. Lagan BM, Symon A, Dalzell J, Whitford H. «The midwives aren't allowed to tell you»: perceived infant feeding policy restrictions in a formula feeding culture - the Feeding Your Baby Study. *Midwifery* [Internet]. 2014 [citado 17 de mayo de 2024];30(3):e49-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24238979/>

3. Jesús M, García B. Ventajas de la lactancia materna. *Medicina naturista* [Internet]. 2000 [citado 6 de octubre de 2023];1(1):44-51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=202434>
4. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna: preguntas frecuentes [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 [citado 3 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.1>
5. Jackson L, Fallon V, Harrold J, De Pascalis L. Maternal guilt and shame in the postpartum infant feeding context: A concept analysis. *Midwifery* [Internet]. 1 de febrero de 2022 [citado 17 de mayo de 2024];105. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34864327/>
6. Jackson L, Fallon V, Harrold JA, De Pascalis L. Psychosocial predictors of post-natal anxiety and depression: Using Structural Equation Modelling to investigate the relationship between pressure to breastfeed, health care professional support, post-natal guilt and shame, and post-natal anxiety and depression within an infant feeding context. *Matern Child Nutr* [Internet]. 1 de enero de 2024 [citado 17 de mayo de 2024];20(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37752680/>
7. Fallon V, Komninou S, Bennett KM, Halford JCG, Harrold JA. The emotional and practical experiences of formula-feeding mothers. *Matern Child Nutr* [Internet]. 1 de octubre de 2017 [citado 17 de mayo de 2024];13(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27862970/>
8. Appleton J, Fowler C, Laws R, Russell CG, Campbell KJ, Denney-Wilson E. Professional and non-professional sources of formula feeding advice for parents in the first six months. *Matern Child Nutr* [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 17 de mayo de 2024];16(3):e12942. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mcn.12942>
9. Hvatum I, Glavin K. Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. *J Clin Nurs* [Internet]. 1 de octubre de 2017 [citado

- 17 de mayo de 2024];26(19-20):3144-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27875035/>
10. Benoit B, Goldberg L, Campbell-Yeo M. Infant feeding and maternal guilt: The application of a feminist phenomenological framework to guide clinician practices in breast feeding promotion. *Midwifery* [Internet]. 1 de marzo de 2016 [citado 17 de mayo de 2024];34:58-65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26612001/>
 11. Murphy R, Foley C, Verling AM, O'Carroll T, Flynn R, Rohde D. Women's experiences of initiating feeding shortly after birth in Ireland: A secondary analysis of quantitative and qualitative data from the National Maternity Experience Survey. *Midwifery* [Internet]. 1 de abril de 2022 [citado 15 de mayo de 2024];107. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35121172/>
 12. Trickey H, Newburn M. Goals, dilemmas and assumptions in infant feeding education and support. Applying theory of constraints thinking tools to develop new priorities for action. *Matern Child Nutr* [Internet]. enero de 2014 [citado 15 de mayo de 2024];10(1):72-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22712475/>
 13. Appleton J, Laws R, Russell CG, Fowler C, Campbell KJ, Denney-Wilson E. Infant formula feeding practices and the role of advice and support: an exploratory qualitative study. *BMC Pediatr* [Internet]. 24 de enero de 2018 [citado 15 de mayo de 2024];18(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29368596/>

14. ANEXOS

I. Palabras clave lenguaje formalizado

Palabra coloquial	DesCH	Mesh	ID
Lactancia artificial	Alimentación con biberón	Bottle Feeding	D001903
Culpa	Culpa	Guilt	D006167
Apoyo psicosocial	Bienestar materno	Maternal Welfare	D008429
Cuidados prenatales	Atención prenatal	Prenatal Care	D011295
Educación maternal	Educación prenatal	Prenatal Education	D064186

II. Estrategia de búsqueda

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica del tema de estudio para dar solidez al proyecto con el objetivo de obtener información relevante y estudios sobre el tema basados en la evidencia científica.

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Medline-Pubmed, Dialnet plus, Scopus-Elsevier, Cochrane y Google academics. La mayoría de las referencias elegidas que han desarrollado estudios han sido en idioma inglés por el escaso número de referencias en español y más concretamente realizadas en España. Dentro de los artículos encontramos referencias con más de diez años por lo anteriormente comentado. Se ha incluido en la bibliografía protocolos de actuación y guías de práctica clínica de EM de las diferentes comunidades autónomas, aunque algunas de ellas cuentan con más de diez años. El periodo de tiempo en el que se realizó la búsqueda bibliográfica comprendió desde noviembre de 2023 hasta febrero de 2024.

Base de datos	Palabras clave	Estrategia de búsqueda	Filtros aplicados	Número de artículos
Pubmed	Infant formula, guilty	Infant formula AND guilty	Full text In the last 10 years	n=11
	Mental health, infant formula, guilty	Mental health AND infant formula AND guilty		n=3
	Maternal guilt, shame, infant feeding	Maternal guilt AND shame and infant feeding		n= 15

	Artificial breastfeeding, maternal decision guilt	Artificial breastfeeding AND maternal decision AND guilt		n= 1
	Feeling guilty, infant feeding method	Feeling guilty AND infant feeding method		n=45 N= 75
Dialnet	Educación maternal, lactancia artificial	Educación maternal AND lactancia artificial	2013-2023	n= 6
	Psicoprofilaxis obstétrica	Psicoprofilaxis obstétrica		n= 29 N =35
	Experiencias, lactancia artificial, madres	Experiencias AND lactancia artificial AND madres		N=19
	Modelo de toma de decisiones compartidas, embarazo	Modelo de toma de decisiones compartidas AND embarazo		N= 9 N=63
Cochrane	Infant formula, guilty	Infant formula AND guilty	Full text In the last 10 years	N=2

	Feeling guilty, infant feeding method	feeling guilty AND infant feeding method		N=2 N= 4
Literatura gris		lactancia artificial AND decision maternal AND culpabilidad	2013- 2023	N=340

Cabe destacar que, a través de los artículos encontrados en las bases de datos y que han servido para la extracción de información de interés del tema, se ha utilizado nueva bibliografía que también ha formado parte de las referencias bibliográficas aportadas.

III. Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Este documento corresponde con el contenido de la Escala sobre Depresión Posnatal de Edimburgo.

Nombre:

Dirección:

Su fecha de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento del Bebé:

Teléfono:

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía hacer

Definitivamente menos

No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

Sí, la mayor parte de las veces

Sí, a veces

No, casi nunca

No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

Sí, la mayoría de las veces

Sí, a veces

No muy a menudo

No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

No muy a menudo

No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.

3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de postparto. La clínica de pediatría, la cita de control de postparto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky(53)

IV. Guion grupo focal:

A continuación, se redacta un guion para el desarrollo del grupo focal.

Buenos días/tardes,

En primer lugar, quería daros la bienvenida al grupo de debate y las gracias por acceder a participar en el estudio. Soy Silvia, la investigadora principal y hoy voy a adoptar el papel de moderadora en el debate.

El fin del trabajo es examinar y comprender las experiencias vividas por mujeres que han decidido no dar el pecho y explorar como la decisión impacta emocional y socialmente. Las participantes se han seleccionado en consultas de cuidados al embarazo y al posparto de las matronas del centro de atención primaria de Vinaròs a través de las matronas y siempre hayáis querido participar, cumpláis unos criterios de inclusión y exclusión, hayáis firmado el consentimiento informado y recibido la hoja de información al paciente para la participación en un estudio observacional. A cada una se os asignará un código en la transcripción para mantener la confidencialidad de los datos. El uso de los datos es meramente científico para la realización de un estudio cualitativo, obtención de unos resultados y la posterior difusión en medios específicos como revistas científicas o congresos.

Tras la explicación de esta introducción, quiero decir que no están permitidos los comentarios de burla o comentarios ofensivos. Es importante que participéis todas, respetando los turnos de palabra y creando diálogos con el fin de que intercambiéis vuestras vivencias.

La duración del debate tendrá un tiempo máximo de 120 minutos, es decir 2 horas. Hay que añadir que el debate va a ser grabado mediante grabadora de voz, con el fin de poder realizar posteriormente la transcripción del debate para poder realizar el análisis correspondiente. Antes de empezar comentaros que en

la mesa contáis con bebidas que con gusto podéis beber. Y dicho esto vamos a empezar:

- ¿Qué información recibisteis durante las sesiones de EM sobre la alimentación?
- ¿Cómo creéis que la profesional de la salud os asesoró en la decisión de no amamantar? Es decir, ¿Cómo llegasteis al consenso? ¿Como fue la actitud de la profesional en relación con la LM y sus alternativas?
- ¿Cómo os sentisteis cuando contasteis al personal sanitario vuestra decisión de no amamantar? ¿Creéis que tienen relación vuestras emociones y el modo en que se expresó el personal sanitario?
- ¿Solicitasteis en algún momento información sobre la alimentación de vuestro bebé durante las sesiones de EM y en la consulta de la matrona? ¿Qué información recibisteis?
- ¿Cómo reacción vuestra matrona ante vuestra decisión de no amamantar?

Hay que añadir que estas preguntas se irán realizando a medida que el debate avance y cuando se observe que no se aporta información nueva. Es posible que durante el debate afloren nuevas ideas que pueden aportar información relevante para el estudio y que no se contemplen en el guion.

V. Documentos solicitados por el CEIC

Se solicita permiso al CEIC de Castellón para la solicitud de la recogida de datos. Se adjunta el proyecto, y se cumplimentan los siguientes documentos:

CERTIFICADO DE IDONEIDAD DE LAS INSTALACIONES

Centro: Centro de Salud de Vinaròs

Investigador Principal: Silvia Hernández Herrero

Servicio: Quirófano

Título: Experiencia de gestantes y puérperas ante la decisión de no amamantar

Se hace constar:

- Que el investigador principal abajo firmante ha aceptado participar como investigador principal de este proyecto de investigación en el centro.
- Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para la realización correcta y segura del estudio.
- Que habiendo sido evaluados los procedimientos a realizar en el centro, las instalaciones son idóneas para la realización del estudio.
- Que la realización del estudio no interfiere en el funcionamiento del Servicio implicado, ni de otros servicios.

Castellón a de de 20

Fdo.

Fdo.

Investigador Principal
Gerente

Jefe de Servicio/Director

COMPROMISO DE LOS COLABORADORES

Los abajo firmantes aceptan colaborar en el proyecto de investigación titulado:

“Experiencia de gestantes y puérperas ante la decisión de no amamantar” ,
comprometiéndose llevar a cabo el estudio en las condiciones descritas en la
memoria del proyecto aprobada por el CEIC y respetando las normas éticas
aplicables a este tipo de estudios.

Castellón a de de

Fdo:

Fdo:

Apellidos/Nombre: Hernandez Herrero, Silvia

Apellidos/Nombre:

Servicio de: Quirófano

Servicio de:

D.N.I.: 73399219D

D.N.I.:

Titulación: Diplomatura Universitaria en Enfermería

Titulación:

Fdo:

Fdo:

Apellidos/Nombre:

Apellidos/Nombre:

Servicio de:

Servicio de:

D.N.I.:

D.N.I.:

Titulación:

Titulación:

COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

Doña: Silvia Hernández Herrero, con DNI: 73399219D

Servicio de: Quirófano

Centro: Hospital Comarcal de Vinaròs

Hace constar:

Que ha evaluado el proyecto de investigación titulado: Experiencia de gestantes y puérperas ante la decisión de no amamantar

Y que este respeta las normas éticas aplicables a este tipo de estudio.

Que acepta participar como investigador principal en este proyecto de investigación.

Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el proyecto, sin que ello interfiera en la realización de otro tipo de estudios ni en otras tareas que tiene habitualmente encomendadas.

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en la memoria del proyecto con dictamen favorable por el Comité Ético de Investigación Clínica.

Que respetará las normas éticas legales aplicables a este tipo de estudios y seguirá las normas de buena práctica clínica en su realización.

Que los colaboradores que necesita para realizar el proyecto de investigación propuesto son idóneos.

En Castellón, a de de

Fdo:

Investigador Principal

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO LEY ORGÁNICA 3/2018, DE 5 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS DIGITALES Y DEL REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO , DE 27 DE ABRIL DE 2016.

D/Da. Silvia Hernández Herrero, con DNI nº73399219D, como investigador/a principal del proyecto: Experiencia de gestantes y puérperas ante la decisión de no amamantar

DECLARO:

Que, en el tratamiento de los datos de los pacientes, que se generen en el desarrollo del citado proyecto de investigación, se cumple lo recogido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

En Castellón a , , 20

Fdo: **El/la Investigador/a Principal**

VI. Hojas de consentimiento informado de los pacientes.

Este documento cuenta con el contenido de la hoja de CI que se entregará a las mujeres y que tendrá que contar con la firma de estas. Además, se adjunta también la hoja de información que se deberá de entregar a las mujeres que quieran formar parte del estudio, se deberá leer conjuntamente y comprobar la comprensión del documento.

D. /Dña., de años y con DNI nº

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado: Experiencia de gestantes y puérperas ante la decisión de no amamantar

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 que supone la derogación de Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre referidos a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales

-Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.

-Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO

SÍ NO

(marcar lo que corresponda)

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha

Firma.....

Nombre investigador Silvia Hernández Herrero

Firma del investigador.....

HOJA DE INFORMACIÓN PARA AL PACIENTE DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

TÍTULO ESTUDIO: Experiencia de gestantes y puérperas ante la decisión de no amamantar

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Silvia Hernández Herrero

CENTRO: Hospital Comarcal de Vinaròs

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un estudio de investigación observacional. Este tipo de estudios no implica nada más que observar y recopilar datos que son el resultado de su tratamiento habitual o el tratamiento de referencia para su enfermedad.

En este documento se explica el objetivo del estudio para que pueda tomar una decisión con conocimiento de causa sobre si desea participar en él. Si decide participar, se recopilará y analizará información sobre usted para los fines que se describen a continuación.

Antes de decidirse a participar, lea este documento atentamente y asegúrese de tomarse el tiempo necesario para pensar en la información que contiene y de recibir respuestas satisfactorias a todas sus preguntas.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es ampliar nuestros conocimientos sobre las experiencias vividas por mujeres que optan por no amamantar a sus bebés, explorando los impactos emocionales y sociales asociados a esta elección, incluidos la calidad asistencial y la respuesta de los pacientes a este en las condiciones de la práctica médica normal.

NÚMERO DE PACIENTES/DURACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio parte de la observación de las pacientes de las consultas de cuidados al embarazo y al posparto de las matronas del centro de atención primaria de Vinaròs. La duración de éste será de un año, desde octubre de 2025 hasta julio de 2026 y requerirá el periodo de seguimiento desde el inicio de la Educación Maternal que trate la alimentación de los bebés hasta que la paciente vuelva a acudir a los talleres postparto impartidos en el centro de salud de Vinaròs por parte de las matronas de dicho centro.

CARÁCTER VOLUNTARIO DE LA PARTICIPACIÓN

La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Usted es quien decide si desea participar o no.

Si decide participar, deberá firmar el consentimiento que encontrará al final de este documento. Aun después de firmar el consentimiento tendrá libertad para abandonar el estudio cuando lo desee, sin necesidad de indicar el motivo.

Si decide no participar en el estudio o si se retira en un momento posterior, la atención médica habitual que recibe no sufrirá cambios decida lo que decida.

CALENDARIO DE LA RECOPIACIÓN DE DATOS

Durante el estudio la enfermera investigadora realizará unas observaciones con usted de lo que le cuente sobre el contenido de las sesiones de Educación Maternal (EM) y sobre sus emociones y cuáles son los aspectos que destaca de la información recibida por parte de las matronas.

Los datos para este estudio se recopilarán desde el momento en que firme el documento de consentimiento informado hasta que deje de participar en el estudio. Estos datos se recopilarán según el tratamiento habitual que esté recibiendo. No hay pruebas ni procedimientos adicionales.

Los datos recopilados pueden incluir: datos personales (nombre, sexo, edad, etc), sentimientos y pensamientos del propio paciente, contenido de la EM, etc.

Los datos que se recogerán en el estudio serán aquellas conversaciones mantenidas con la enfermera investigadora, los cuales se recogerán en un diario de campo y mediante grabación de voz y se procesarán seguidamente para la elaboración del estudio.

RIESGOS Y MOLESTIAS

Es posible que su médico le haya explicado ya los riesgos asociados a su enfermedad y al tratamiento de esta, así como las alternativas disponibles a su tratamiento actual. Participar en este estudio no conlleva ningún riesgo médico adicional aparte de los relacionados con su enfermedad y tratamiento. Esto es así porque usted ya está recibiendo este tratamiento, independientemente de si participa o no en el estudio. La alternativa a participar en el estudio es no participar en el mismo.

BENEFICIOS

No existe ningún beneficio médico directo de su participación en este estudio. La información obtenida de este estudio observacional puede ayudar a los científicos y médicos a saber más sobre los diferentes aspectos que influyen en la satisfacción del paciente postquirúrgico.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

Usted no recibirá ninguna compensación económica por participar en este estudio, y su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto adicional.

RETIRADA DEL ESTUDIO / FIN DEL ESTUDIO

La enfermera podrá retirarle del estudio en cualquier momento por algunos motivos determinados, por ejemplo, si no puede cumplir los requisitos del estudio o deja de ser apto/a. El promotor también puede cancelar el estudio en cualquier momento.

Tenga en cuenta que los datos codificados que ya se recopilaron sobre usted no se pueden borrar, a fin de garantizar la validez de la investigación y cumplir con las obligaciones legales y los requisitos de autorización de medicamentos. Si no está satisfecho/a, también tiene derecho a ponerse en contacto con la Agencia Española de Protección de Datos. Si retira el consentimiento para participar en este estudio, no se recopilará información nueva sobre usted.

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

Tanto el centro como el promotor son responsables del tratamiento de los datos y aceptan cumplir con la legislación vigente sobre protección de datos, que incluye el Reglamento 2016/679 de la UE¹ y la Ley Orgánica Española 3/2018 sobre Protección de Datos Personales y Garantías de Derechos Digitales.

Si está de acuerdo en que su Información sea utilizada en este estudio, se le pedirá que firme un formulario de consentimiento informado. Sólo a partir de ese momento se procederá a extraer y analizar los datos.

¿CÓMO SE UTILIZARÁ SU INFORMACIÓN PERSONAL?

Su información personal es información que le identifica o que podría utilizarse para identificarle, datos de su historia clínica y resultados de exámenes, pruebas y procedimientos.

El personal del estudio solo recopilará información codificada personal sobre usted de su historia clínica para comprender sus antecedentes médicos. El

¹ Parlamento Europeo y Consejo. Reglamento General de Protección de Datos de la UE, Reglamento (UE) 2016/679, 27 de abril de 2016. http://ec.europa.eu/justice/data-protection/reform/files/regulation_oj_en.pdf

personal del estudio también recopilará información codificada sobre usted durante su participación en el estudio.

Su información personal codificada se utilizará para los fines de este estudio de observación recogidos en esta hoja de información.

Los datos codificados que se utilicen para respaldar la investigación médica se remitirán a comités de ética de la investigación clínica.

CONFIDENCIALIDAD DE SU INFORMACIÓN PERSONAL

A fin de proteger su identidad, el personal del estudio sustituirá la información que le identifique directamente (como su nombre y demás información personal) por un código. Este código se utilizará para identificarles a usted y a sus informes de la investigación durante el estudio. La lista que vincula su código con su nombre se guarda en un lugar seguro en el centro del estudio. La información que es importante para el estudio se entregará en forma codificada al promotor, los representantes del promotor (por ejemplo, organizaciones de investigación por contrato), las filiales del estudio y los socios comerciales para llevar a cabo el estudio de investigación.

Con el fin de verificar que los datos del estudio se registran con precisión y que el estudio se está realizando correctamente, cabe la posibilidad de que se facilite el acceso a los monitores y auditores, las autoridades sanitarias y el comité de ética de la investigación que supervisa el estudio a la información recopilada durante el mismo, que puede incluir datos codificados o no codificados, como su historia clínica original. Además, si su centro del estudio pide ayuda con la recopilación e introducción de datos del estudio, esta persona también podrá tener acceso a su historia clínica.

Los resultados de este estudio de observación podrán publicarse en el informe del estudio o en presentaciones científicas. En dichas publicaciones, no se incluirá información que le identifique o que pueda usarse para identificarle. Su nombre y dirección nunca se utilizarán en ninguna publicación ni presentación.

¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO SE CONSERVARÁ SU INFORMACIÓN PERSONAL?

El investigador y el promotor están obligados a conservar los datos recogidos para el estudio durante un mínimo de 15 años tras su finalización. Tras este período, el centro solo conservará su información personal para que pueda recibir atención médica.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN PERSONAL

Además de los derechos que ya conoce (de acceso, modificación, objeción y cancelación), también puede restringir el tratamiento de datos incorrectos, solicitar una copia o solicitar que se transfieran a un tercero los datos que proporcionó para el estudio (portabilidad). Para ejercer sus derechos, póngase en contacto con el investigador principal del estudio en: silvia.hernandez.herrero@hotmail.com. Recuerde que los datos no se pueden borrar, incluso después de que finalice su participación en el estudio, a fin de garantizar la validez de la investigación y cumplir con las obligaciones legales y los requisitos de autorización de medicamentos. Si no está satisfecho/a, también tiene derecho a ponerse en contacto con la Agencia Española de Protección de Datos.

Si desea obtener más información sobre su derecho a la confidencialidad, o si desea presentar una queja, puede ponerse en contacto con la AEPD (Agencia Española de Protección de Datos. C/ Jorge Juan, 6. 28001. Madrid. Teléfono: 91 266 35 17. Sede electrónica web: <https://sedeagpd.gob.es/sede-electronica-web/>).

Es posible que se publique también un resumen del estudio en otros sitios web y registros públicos externos. Se podrá divulgar un resumen de los resultados del estudio según los requisitos locales y nacionales, lo que puede incluir una versión en lenguaje sencillo.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

No se trata de un estudio financiado.

REVISIÓN DEL ESTUDIO

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos de Castellón (CEIM Castellón) y se realiza de acuerdo con la legislación vigente.

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA LA FORMULACIÓN DE PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio de investigación, póngase en contacto con Silvia Hernández Herrero disponible en el servicio de quirófano del Hospital Comarcal de Vinaròs.