

Irene Fernández Torm

**AUTOEFICACIA PERCIBIDA POR LAS LACTANTES QUE
PARTICIPAN EN UN GRUPO DE ACOMPAÑAMIENTO Y
EXPLORACIÓN DE SUS VIVENCIAS**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Dirigido por la Dra. Maria Inmaculada de Molina Fernández

Máster en Investigación en Ciencias de la Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2024

Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a la tutora del trabajo final de máster, Maria Inmaculada Molina, el soporte, seguimiento y implicación en el desarrollo del proyecto. Sus consejos, ánimos y su confianza en mí, tan necesaria en momentos claves. Gracias por animarme a seguir y no permitir que abandonara durante el camino.

Agradezco a mi compañera Lara Martin por guiarme en la metodología cualitativa cuando más lo he necesitado.

Y por último gracias a mis padres y mi marido por la paciencia, por mantener su confianza en mi capacidad de lograrlo cuando ni yo misma me veía capaz.

Índice de contenido

1. Introducción.....	1
2. Marco teórico	4
2.1. Situación actual de la lactancia materna a nivel nacional y internacional 4	
2.2. Factores implicados con el inicio, mantenimiento y duración de la lactancia materna	7
2.2.1. Factores asociados al inicio y mantenimiento de la lactancia materna.....	7
2.2.2. Causas del abandono de la LM	9
2.3. Escalas de valoración en lactancia materna	10
2.3.1. Escala BSES (Breastfeeding Self-efficacy Scale) y BSES-SF (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form).....	11
2.3.2. Efectividad y fiabilidad de la escala BSES-SF.....	13
2.4. La autoeficacia y su relación con la lactancia materna	14
2.4.1. Punto de corte en el BSES-SF como predictor de LM.....	17
2.5. Implicación de la lactancia materna a nivel social.....	17
2.5.1. Percepción de las mujeres lactantes	20
2.6. Intervenciones en lactancia materna.....	21
3. Revisión bibliográfica y antecedentes	24
4. Aportaciones e interés del estudio	25
5. Objetivos y hipótesis	26
5.1. Objetivos	26
Objetivo general y específicos	26
5.2. Hipótesis	26
6. Método	27
6.1. Diseño, metodología y justificación	27
6.1.1. Introducción al diseño de investigación	27
6.1.2. Contexto de la investigación	28
6.2. Población y muestra.....	29
6.2.1. Población objetivo/diana.....	29
6.2.2. Población de estudio	29

6.2.3.	Diseño del muestreo.....	29
6.2.4.	Tamaño muestral.....	30
6.2.5.	Criterios de inclusión y exclusión.....	30
6.3.	Instrumentos de recogida de información	31
6.3.1.	Para abordaje cuantitativo	31
6.3.2.	Para abordaje cualitativo	36
6.3.3.	Procedimiento de recogida de datos	38
6.4.	Análisis de los datos.....	40
6.4.1.	Para el abordaje cuantitativo	40
6.4.2.	Para el abordaje cualitativo	41
7.	Aspectos éticos	42
8.	Aplicabilidad y utilidad de los resultados.....	43
9.	Limitaciones de la investigación.....	44
10.	Bibliografía.....	45
11.	Cronograma.....	51
12.	Presupuesto del proyecto.....	52
13.	Anexos	53
13.1.	Anexo 1: Autorización para la defensa del trabajo de final de máster 53	
13.2.	Anexo 2: Hoja informativa a la mujer lactante.....	54
13.3.	Anexo 3: Consentimiento informado	56
13.4.	Anexo 4: Documento de consentimiento informado para grabación entrevista	58
13.5.	Anexo 5: Guion de la entrevista realizada a las mujeres que participan en el grupo de acompañamiento a la LM	59
13.6.	Anexo 6: Escala de Auto-Eficacia en Lactancia Materna (Breastfeeding self-efficacy scale-short).....	61
13.7.	Anexo 7: Hoja de recogida de datos sociodemográficos y clínicos..	62
13.8.	Anexo 8: Hoja de recogida de datos en lactancia materna.....	64
13.9.	Anexo 9: Clasificación del riesgo obstétrico.....	67
13.10.	Anexo 10: Normas publicación en revista Matronas Profesión	68

Índice de tablas y figuras

- Tabla 1: Variables sociodemográficas
- Tabla 2: Variables obstétricas
- Tabla 3: Variables neonatales
- Tabla 4: Cronograma
- Tabla 5: Presupuesto del proyecto

Índice de abreviaciones y siglas

AEP	Academia Americana de Pediatría
ASSIR	Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva
BSES-SF	Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form
CAQDAS	Computer-assisted Qualitative Data Analysis Software
CPP	Contacto piel con piel
IBFAT	Breastfeeding Assessment Tool
ICS	Institut Català de la Salut
INE	Instituto Nacional de Estadística
LM	Lactancia materna
LME	Lactancia materna exclusiva
LMM	Lactancia mixta
MFA	Mother-Baby Assessment
RN	Recién nacido
OMS	Organización Mundial de la Salud
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

RESUMEN

Introducción: Los datos de lactancia materna exclusiva a los 6 meses se sitúan en un 25%, muy por debajo de las recomendaciones oficiales. La autoeficacia en lactancia materna se define como la confianza que expresan las mujeres en su capacidad para lactar, uno de los factores más importantes en cuanto a inicio, mantenimiento y abandono de la lactancia materna. El instrumento más utilizado para su medición es el Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF).

La BSES-SF aporta una alta capacidad predictiva de abandono al mes y a los 3 meses en mujeres con puntuaciones bajas. La participación en grupos de soporte a la lactancia materna se ha demostrado que aumenta la autoeficacia.

Objetivos: Determinar si los grupos de acompañamiento a la lactancia materna liderados por matronas mejoran la autoeficacia percibida por las lactantes. Explorar las vivencias de las mujeres que lactan a sus hijos.

Materiales y Métodos: Proyecto investigación con metodología mixta. Para la fase cuantitativa se ha escogido un diseño observacional de cohortes y para la fase cualitativa un estudio etnográfico mediante observación participante y entrevistas semiestructuradas.

El estudio se llevará a cabo en Barcelona. En ambos estudios se seleccionará la muestra mediante un muestreo consecutivo de conveniencia. Se recogerá información durante 6 meses con recogida a los 15 días, 6 semanas, y 3 y 6 meses, en los que se completará la escala BSES-SF y un cuestionario *ad hoc* con datos sociodemográficos, clínicos y de lactancia materna datos referentes a la LM. Simultáneamente se realizará la observación participante durante la participación de la mujer en el grupo y se pactará día y hora de entrevista según conveniencia.

Relevancia y utilidad del proyecto: La puntuación en autoeficacia constituye un determinante muy útil para prever comportamientos en lactancia, e identificar aquellas mujeres que precisan mayor soporte para lograr mayores tasas de lactancia materna exclusiva al mes, a los 3 y 6 meses.

Palabras clave: Lactancia materna exclusiva, autoeficacia en lactancia materna, soporte social, grupos de soporte, experiencias lactancia materna.

ABSTRACT

Introduction: Exclusive breastfeeding rates at six months are at 25%, well below official recommendations. Breastfeeding self-efficacy is defined as the confidence women express in their ability to breastfeed, which is one of the most important factors influencing the initiation, maintenance, and cessation of breastfeeding. The most commonly used tool for measuring this is the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF).

The BSES-SF has a high predictive capacity for abandonment of breastfeeding at one and three months in women with low scores. Participation in breastfeeding support groups has been shown to increase self-efficacy.

Objective: Determine if breastfeeding support groups led by midwives improve the perceived self-efficacy of breastfeeding mothers. Explore the experiences of women who breastfeed their children.

Methodology: Research project with a mixed-methods approach. For the quantitative phase, an observational cohort design has been chosen, and for the qualitative phase, an ethnographic study using participant observation and semi-structured interviews.

The study will be conducted in Barcelona. In both studies, the sample will be selected through consecutive convenience sampling. Information will be collected over 6 months, with data collection at 15 days, 6 weeks, and 3 and 6 months, during which the BSES-SF scale and an ad-hoc questionnaire with sociodemographic, clinical, and breastfeeding data will be completed. Simultaneously, participant observation will be carried out during the women's participation in the group, and interview times will be scheduled according to convenience.

Implications of practice: Self-efficacy scores are a very useful determinant for predicting breastfeeding behaviors and identifying women who need more

support to achieve higher rates of exclusive breastfeeding at 1 month, 3 months, and 6 months.

Key words: *Exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy, support groups and social support and breastfeeding experience.*

1. Introducción

La lactancia materna (LM) es el alimento idóneo para el recién nacido, interviene en las necesidades nutricionales y emocionales y tiene un papel imprescindible en el neurodesarrollo de éste (1). Ofrece protección inmunológica reduciendo el porcentaje de infecciones y hospitalizaciones (2). También disminuyen las infecciones respiratorias, infecciones gastrointestinales, síndrome de muerte súbita del lactante, obesidad y diabetes tipo 1 (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Americana de Pediatría (AEP) recomiendan LM exclusiva (LME) hasta los 6 meses de vida y mantenerla hasta los dos años o hasta cuando madre y lactante deseen (3).

Además, la lactancia materna no solo aporta beneficios al neonato, sino que también tiene un papel protector en la madre: una mejor y más rápida recuperación posparto, prevención del cáncer de mama y posiblemente de ovarios y de diabetes tipos 2 (1), prevención de la osteoporosis en la vejez, prevención de la depresión postparto y una mejor adaptación a la realidad de ser madre⁽⁴⁾. De este modo nadie discute los beneficios de la lactancia materna, pero las cifras de prevalencia están estancadas (5).

Aunque la OMS y todas las sociedades científicas emiten unas recomendaciones claras sobre la duración de la LM, en 2016 a nivel mundial solo entre un 37% y 43% de los recién nacidos mantienen LME a los 6 meses. Estos datos, aunque han mejorado respecto hace diez años están muy lejos de las recomendaciones generales (6). El Instituto Nacional de Estadística (INE) indica que en España a las 6 semanas de vida un 68.40% reciben LME, que baja a 52.48 a los 3 meses y que alcanza 24.72% a los 6 meses (7).

Existen múltiples factores que se han identificado como causas de abandono de la LM precoz: la edad materna, el nivel educacional o el estatus psicosocial (8), pero fundamentalmente las más frecuentes son debidas al dolor con la succión o lesión del pezón, y sensación (real o autopercebida) de escasa producción de leche (9). El apoyo por parte de los profesionales, así como también de otras madres lactantes, es otro de los factores que más influye en

la intención, inicio y duración de la lactancia materna. En la actualidad muchas madres reciben soporte a través de internet, desde visitas, redes sociales o la participación en grupos virtuales de postparto y lactancia materna (10,11).

Uno de los factores más importantes y directamente relacionado con los anteriormente mencionados es la sensación de autoeficacia, entendida como la confianza y seguridad de las mujeres en su capacidad para dar el pecho, siendo este un buen predictor de riesgo de abandono precoz de la LM. En este aspecto influye: haber tenido experiencias previas con la LM, haber observado otras mujeres amamantando, la persuasión verbal por parte de terceros y el estado psicológico como ansiedad, depresión (2,8,12,13).

Existen dos puntos claves en la lactancia: el primero es la relación entre las bajas tasas de LM y la falta de promoción de esta por parte de las instituciones de salud y por otro la falta de “adiestramiento” de las mujeres lactantes. Cada vez la edad en la cual las mujeres tienen su primer hijo es más avanzada, las mujeres no tienen referentes a su alrededor en quien fijarse y esto condiciona una falta de confianza en su capacidad para lactar al neonato y una falta de soporte social en su círculo cercano.

La lactancia materna puede ser entendida como un proceso biológico que consiste en que los cuerpos de las mujeres produzcan leche y la proporcionen a sus crías como cualquier mamífero. Pero las mujeres no somos simples mamíferos y por este motivo la lactancia materna no es solo un modo de alimentar a nuestros hijos, sino que la lactancia es una construcción social y depende del aprendizaje, las creencias y experiencias, los valores, las normas y condicionantes socioculturales (14).

Existe poca investigación sobre las experiencias y emociones de las mujeres en torno a la lactancia materna. Con el presente estudio se pretende conocer cuáles son los discursos y principales dificultades con las que se encuentran las mujeres lactantes y a la vez conocer si los grupos de acompañamiento gestionados por matronas mejoran la autoeficacia de las mujeres en términos de reducir miedos y dudas, empoderar y dar soporte durante el proceso. Si las mujeres se sienten más confiadas en su capacidad para lactar, es probable que

las tasas de LM también aumenten. De este modo si los profesionales pueden individualizar las curas proporcionadas a las mujeres en función de los niveles de autoeficacia es probable que las madres también se sientan más apoyadas y consigan lactancias más exitosas.

2. Marco teórico

2.1. Situación actual de la lactancia materna a nivel nacional y internacional

Las recomendaciones respecto al tipo de alimentación que deben recibir los lactantes hasta los 6 meses y hasta los dos años están claras y son una recomendación firme, a pesar de esto, los datos que se obtienen de las cohortes poblacionales no coinciden con lo recomendado (6,15).

El estudio LAYDI llevado a cabo en España por Martín Ramos et al. (5) obtuvo que de las 1946 lactantes incluidas, un 90.7% tenía intención de realizar LM al nacimiento de los cuales un 62.3% mantenía LME al mes de vida y un 22.6% lactancia mixta, a los 6 meses el porcentaje de lactancia materna y lactancia mixta se redujo al 35.2% y 26.5% respectivamente, y a los 12 meses se había reducido al 40.1% siendo estos valores de LM mixta (n=1496 casos), del 30.2% a los 18 meses y 22.3% a los 24 meses (n=1076 casos). En este estudio no distinguen LME de LM mixta a partir de los 6 meses ya que consideran que a partir de los 6 meses toda lactancia se etiqueta como lactancia materna no exclusiva al introducirse otros alimentos (5). Ramiro González et al. (16) obtuvieron una prevalencia de inicio de LM del 88% y de LME del 77.6%, cuyos valores disminuyen hasta un 7.7% de LME a los 2 años. Múltiples estudios obtienen tasas de intención de inicio de LM muy próximas al 90%, pero en cambio después caen rápidamente (5,16–18).

Cifras similares se observan en otros estudios en población española con una prevalencia de LME al alta de entre el 84.8% y el 77.1%, el 53.7% a los 4 meses y entre el 21.6% y el 15.4% a los 6 meses de vida (18,19).

Observamos que las cifras de prevalencia de LM varían en función de la variable estudiada, LME o LM mixta, siendo de un total del 49.4% y un 25.4% solo de LME a los 6 meses (16), o una prevalencia de LME a los 6 meses de 21.6% y de LM total de 48.8% (19). De este modo en función de la variable tomada en cuenta los datos de prevalencia de LM varían.

El INE indica que en España a las 6 semanas de vida un 68.40% reciben LME, que baja a 52.48 a los 3 meses y que alcanza 24.72% a los 6 meses (7).

En 2012 la OMS estableció como objetivo mundial para el 2025 aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida hasta al menos el 50% (20). Globalmente, solo un 38% de los lactantes de 0 a 6 meses son alimentados con lactancia materna exclusiva. De igual modo aquellos países que ya presentan tasas de LME a los 6 meses iguales o superiores al 50% deberían continuar esforzándose para mejorar las tasas de LME, en estos casos la OMS ha sugerido un incremento mínimo de 1.2% por año (20).

La OMS establece unas líneas de acción específicas para aumentar las tasas de LM (20):

- Nivel sanitario

La implementación de los 10 pasos de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños para el éxito de la lactancia materna y su proceso de certificación. Esta iniciativa pretende proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que se dedican al cuidado de la infancia (20).

- Nivel comunitario

El apoyo a la lactancia materna a nivel comunitario es fundamental. El asesoramiento a las madres durante el embarazo, inmediatamente después del parto y durante el periodo neonatal tiene efectos significativamente positivos en las tasas de LME. Sin embargo, extender la LME hasta los 6 meses requiere ir más allá del período neonatal para conseguir un apoyo continuo de la familia y la comunidad. Se deben seleccionar canales de comunicación adaptados al nivel de alfabetización y acceso a los medios de la población (20).

Las campañas de cambio de comportamiento en los medios de comunicación, tienen un impacto significativo en aumentar la lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida siendo especialmente efectivas para llegar a madres con bebés de entre 1 y 4 años (20).

- Nivel de políticas sociales

Por otro lado es crucial que los países establezcan políticas de apoyo a la lactancia materna, brindando protección a aquellas madres que optan por amamantar exclusivamente durante los primeros 6 meses. La evidencia indica que permisos de maternidad más extensos están asociados con LME más prolongadas, en los que las mujeres no tienen que escoger entre ganar dinero o proporcionar la mejor nutrición para sus hijos (16,20).

Cumplir el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche materna con el objetivo de proteger la lactancia materna, prohibiendo la promoción de sucedáneos de leche materna, biberones, tetinas. Los países en los que los órganos legislativos y gubernamentales se encargan de implementar intervenciones y políticas diseñadas para incrementar las tasas de LME mediante la protección con el uso inapropiado de sucedáneos presentan tasas más altas de LME (20).

Las cifras de LME se pueden incrementar con unas políticas de soporte efectivas, ya que entre el 1985 y el 1995 las tasas mundiales de LME se incrementaron en un 2.4% por año de promedio, consiguiendo un incremento del 14 al 38% en 10 años, aunque luego volvió a disminuir en muchas regiones (20).

En Estados Unidos el *Breastfeeding Report Card 2020* muestra que un 84,4% inicia lactancia materna, dato que confirma que la iniciación de la LM en el entorno hospitalario no es el problema, de los cuales 58.3% continúan a los 6 meses y un 35.3% mantienen hasta los 12 meses. Estas cifras aún son más bajas si solo contabilizamos tasas de LME siendo del 46.9% a los 3 meses y del 25.6% a los 6 meses (1,5). Estas cifras son comunes a países occidentales donde la cobertura sanitaria y social debería conseguir cifras mucho mayores(5).

Dadas estas cifras, es conveniente que analicemos que factores se relacionan con el inicio y el mantenimiento de la LME, ya que tanto el inicio como la caída

de las cifras de LM están relacionados con factores individuales de la madres, nivel socioeconómico y cultural (5).

2.2. Factores implicados con el inicio, mantenimiento y duración de la lactancia materna

2.2.1. Factores asociados al inicio y mantenimiento de la lactancia materna

Los factores relacionados con el inicio y el mantenimiento de la LM se considera: no separación de la madre o ingreso del RN, el contacto piel con piel (CPP) tras el parto y de manera ininterrumpida (21), no haber usado sacaleches o chupetes (16,18,19), la práctica del colecho (16), haber acudido a grupos de acompañamiento a la LM (16,18,19) y no haber introducido alimentación complementaria antes de los 6 meses de vida (19). La Guía de Práctica Clínica del ministerio de Sanidad recomienda el CPP y el uso del sacaleches para la extracción de calostro al inicio en las succiones ineficaces (22).

Las mujeres con un estatus económico medio o alto presentaban 1.49 veces más probabilidad de realizar LME que las de clase más baja, y esta probabilidad fue casi del doble para aquellas mujeres que habían participado en grupos de lactancia tras el parto, en comparación con las que no participaron (21). Las mujeres fumadoras presentan tasas de iniciación menores que las que no fumaban, y tienen 2 veces menos de probabilidades de dar LME tras el parto (19).

En cambio, el **mantenimiento** de la LME durante 6 meses o más se asoció a mayor edad de la madre, llevar menos de 10 años residiendo en España, la participación en talleres de lactancia tras el parto y no pertenecer a la clase social media (16). Algunos de estos factores son comunes al inicio y el mantenimiento de la LME.

La paridad y la experiencia previa en lactancias anteriores también se considera un factor predictor de mayor probabilidad de LM, con mayores tasas de LME a los 3 y 6 meses. En cambio aquellas mujeres multíparas sin

experiencia previa presentan tasas de LME inferiores a aquellas que han tenido experiencias previas (20). Estos resultados coinciden con los de la revisión sistemática llevada a cabo por Cohen et al. (21) donde mostró que en relación al inicio de la lactancia materna no hubo diferencias estadísticamente significativas entre mujeres primíparas y mujeres múltiparas. En cambio si hubo consistencia para el mantenimiento, mostrando una relación positiva entre el mantenimiento y continuación de la LM y la multiparidad. Martin-Ramos et al.(5) también coincide en afirmar que el hecho de no necesitar aprendizaje durante la estancia en el hospital tras el parto aumenta las probabilidades de éxito.

El tipo de parto es otra variable a tener en cuenta, si se compara el parto vaginal espontáneo (no fórceps ni ventosa) con la cesárea se muestra tasas más altas de iniciación de la lactancia materna en mujeres que tuvieron un parto vaginal (21).

Otro aspecto que también condiciona el inicio, pero sobretodo el mantenimiento de la lactancia materna es la sensación de autoeficacia. Ésta hace referencia a la confianza y seguridad de las mujeres en su capacidad de dar el pecho, siendo este un buen predictor de riesgo de abandono precoz de la LM. En este aspecto influye: haber tenido experiencias previas con la LM, haber observado otras mujeres amamantando, la persuasión verbal por parte de terceros y el estado psicológico como ansiedad, depresión (2,8,12).

Existen múltiples factores que se han asociado con el abandono precoz de la lactancia materna, muchos de ellos son no modificables, como podría ser la edad materna, el nivel educacional y el estatus psicosocial (8,12,13). En cambio, la autoeficacia que muestra la mujer en su capacidad para lactar sí que es un factor modificable sobre el que debemos trabajar todos aquellos que nos dedicamos al cuidado de la madre y el bebé para reducir este riesgo. Por este motivo es crucial el uso de herramientas validadas que permitan valorar de manera objetiva la lactancia materna e homogeneizar la información entre profesionales (8,23).

De este modo para que los profesionales sanitarios aborden las bajas tasas de duración de la lactancia materna, es importante identificar aquellas madres con

alto riesgo de abandono basado en variables modificables. Otro de los factores modificables que se ha relacionado con el abandono precoz de la lactancia materna es la falta de apoyo que reciben las madres por parte de los profesionales, siendo su intervención muy importante en el inicio, instauración y mantenimiento de la lactancia materna (8). Existe suficiente evidencia que las actividades comunitarias en formato taller de lactancia liderados por profesionales ayudan a las madres a superar dificultades relacionadas con la LM y a que conozcan la importancia de ésta y los beneficios que produce sobre su salud y la del infante (2,24,25). Es llamativo, que la participación de las mujeres en este tipo de actividades comunitarias aún continúa siendo muy bajo, en el estudio ELOIN obtuvieron una participación del 10% (16).

2.2.2. Causas del abandono de la LM

La rápida caída de las cifras de LM a las 4 o 8 semanas es una compleja interacción de factores. La OMS y UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) en su Iniciativa Hospital Amigo del Niños describen 10 pasos para garantizar que los profesionales de la salud proporcionen un buen apoyo a la lactancia materna, pero en la práctica la iniciativa se centra en aumentar el número de mujeres con LM al alta del hospital. Está demostrado que el apoyo durante el ingreso hospitalario es importante, pero el seguimiento posterior es imprescindible para el mantenimiento de la lactancia materna (20).

El porcentaje de mujeres que deciden no iniciar ningún tipo de lactancia materna oscila entre el 12-16% (5,16,18,19), los motivos más frecuentes son por decisión materna, dificultades de inicio con la LM en anteriores lactancias (19) y problemas de salud materna (5).

Balaguer- Martinez et al. (8) en el estudio LAyDI que incluyó 1845 pacientes de los cuales completan el seguimiento a los 6 meses 1524, obtuvieron tasas de LME en la primera visita (promedio de 10.8 días de vida) de 67.2%, LM suplementada 22.1% y LA 10.7%.

Ramiro González et al. (16) concluye en su estudio que los motivos más frecuentes de abandono de la lactancia materna son: producción insuficiente de leche/no tenía leche/me quedé sin leche un 32.3% y la incorporación al trabajo 25.9%. En cambio dificultades con el inicio de la lactancia materna por problemas en las mamas (dolor, grietas, mastitis) solo obtuvieron un porcentaje de abandono del 3.4% o la falta de apoyo profesional un 1.9%. Cabe destacar que las cifras tan elevadas obtenidas de escasa producción de leche están asociadas a una técnica de lactancia inadecuada que se resolvería con un apoyo adecuado a la madre. Otro factor enmascarado es el porcentaje de lactantes que dejan de mamar, que puede ser también a causa de una escasa producción de leche (16). Estos datos difieren de los obtenidos en otros estudios en los que la falta de apoyo profesional fue una causa de peso que condiciona los datos de inicio y mantenimiento de la LM. De este modo existe consenso en afirmar que los factores que condicionan el abandono de la lactancia materna son la escasa producción de leche, la incorporación laboral, la escasa ganancia de peso y los problemas de lactancia (5,16,18,19).

Durante los primeros 3 meses posparto, las razones más frecuentes de abandono de la LM son los problemas de lactancia e hipogalactia (19). De nuevo estos abandonos podrían prevenirse con una mejor soporte y asesoramiento profesional.

2.3. Escalas de valoración en lactancia materna

Existen múltiples escalas de valoración de la lactancia materna siendo las más útiles las que trabajan sobre factores que pueden ser modificables (8,12). Entre las más conocidas figuran: Bristol Breastfeeding Assessment Tool (23), Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT), Mother-Baby Assessment (MFA), LATCH Breastfeeding Assessment o la BSES-SF.

El uso de escalas validadas permite homogeneizar los criterios de valoración y objetivar aquellos aspectos que pueden ser mejorables.

2.3.1. Escala BSES (Breastfeeding Self-efficacy Scale) y BSES-SF (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form)

El instrumento más utilizado para valorar la autoeficacia de la LM es la *“Breastfeeding Self-efficacy Scale-Short Form”* (BSES-SF) creada en Canadá en el 2003, adaptada a diferentes idiomas y entornos culturales demostrando una buena validez y fiabilidad (8). En 2012 fue validada al español por Oliver Roig et al. (26) Los estudios evidencian que la BSES-SF es un buen predictor de abandono de la LM, relacionándose las puntuaciones bajas con menores tasas de LM (8).

Dennis et al. (13) identificó como elemento clave en lactancia materna la autoeficacia. Dado que no encontró ninguna escala validada que aplicará la teoría de la autoeficacia para la medición de la confianza en la lactancia materna decidió crear un instrumento que permitiera juntar ambas variables. De este modo Dennis & Faux desarrollaron y probaron la escala BSES (Breastfeeding Self- Efficacy). Posteriormente surgió la necesidad de reducir los ítems y elaboro la versión reducida del BSES, la BSES-SF.

La escala BSES consta de 33 ítems que miden los niveles de autoconfianza en lactancia materna. Todos los ítems están precedidos de “ Yo siempre puedo”, con respuesta tipo Likert del 1 al 5, donde el 1 indica nada seguro y el 5 siempre seguro obteniendo una puntuación de 33 a 165, siendo las puntuaciones más altas las indicativas de niveles más altos de autoeficacia en la lactancia materna Sin embargo, ni el BSES ni el BSES-SF ni ningún otro instrumento mide específicamente autoeficacia en LME, sino que mide la confianza en cualquier tipo de LM (13)..

Dennis et al.(13) en el estudio para la validación de la escala obtuvieron una muestra de 667 puérperas, de las cuales 585 devolvieron el cuestionario cumplimentado la primera semana, de las cuales 491 estaban amamantado y eran elegibles para la validación psicométrica del BSES. De estas, 459 devolvieron el cuestionario a las 4 semanas, y 389 lo devolvieron a las 8 semanas. Se obtuvo una media de 133.16 puntos. En la validación de la escala obtuvo que cuanto mayor era la puntuación obtenida en la primera semana de

posparto mayor era la probabilidad que la madre continuará con LME a las 4 y 8 semanas de posparto (13).

De igual modo se confirmaron que las variables sociodemográficas, edad materna, nivel educativo, estado civil y estatus socioeconómico se relacionan de manera directa con la duración de la lactancia materna. Posteriormente, para evaluar la utilidad del BSES-SF como único instrumento de identificación de madres de alto riesgo relacionado con las variables sociodemográficas y la autoeficacia en la lactancia materna a la semana, observaron que no había relación entre la edad materna y el nivel de autoeficacia para amamantar, ni tampoco en relación al estado civil, la educación o los ingresos, en cambio si se encontraron diferencias significativas entre aquellas madres que habían tenido un parto vaginal y las que tuvieron una cesárea (13).

La escala BSES obtuvo altos índices de fiabilidad en la evaluación psicométrica del BSES de 33 ítems demostrando una buena consistencia interna. Sin embargo, repetidas puntuaciones elevadas en el coeficiente alfa de Cronbach y cargas multifactoriales en el estudio original indicó la necesidad de reducir la escala de 33 a 14 ítems. Las puntuaciones más altas de autoeficacia fueron para mujeres multíparas con experiencia previa en lactancia en comparación con mujeres primíparas (13,27,28). Boateng et al. (27) modificó el BSES-SF validado por Dennis a 9 ítems consiguiendo una escala que valorará autoeficacia en LME, y no en cualquier tipos de LM (27).

La escala BSES-SF consta de 14 ítems que son afirmaciones sobre la LM a las cuales las madres evalúan según su grado de acuerdo mediante una escala Likert, de igual modo que el BSES, que va des de “nada en absoluto confiado” (un punto) hasta “siempre confiado” (cinco . puntos), así la puntuación puede fluctuar entre un mínimo de 14 y un máximo de 70 (17). Se validó al español en 2011 (26,29).

2.3.2. Efectividad y fiabilidad de la escala BSES-SF

Tanto la BSES como la BSES-SF presentan niveles de confianza y validez sólidos en diversos contextos culturales y demográficos. Dennis et al. (30) en su revisión sistemática concluyó que las escalas demostraban validez predictiva al identificar a las madres en riesgo de resultados negativos relativos a la LM, incluyendo problemas de iniciación, duración y exclusividad.

Existen estudios que muestran un buen valor pronostico de la escala hasta el mes (26,27) y a los 3 meses (17,25,27) mostrándose una relación estadísticamente significativa entre las madres que amamantaron exclusivamente y puntuaciones más altas en la escala BSES-SF. En cambio a los 6 meses postparto las puntuaciones de la escala BSES-SF no fueron predictivas de LME como lo había sido al mes y a los 3 meses (17,25,27).

En el estudio LAYDI realizado en España el test BSES-SF obtuvo una puntuación media de 59.76 (8), superior al que obtuvo el estudio de validación de Oliver et al. que recibió una puntuación media de 51.94 puntos (26). Esta variabilidad probablemente se asocie con el momento en que se rellenó el BSES-SF siendo en el primero el décimo día, y en el segundo el quinto día. De este modo se explica que el estudio LAYDI presente puntuaciones más elevadas, ya que las mujeres habían tenido más días para amamantar y por tanto presentaban mayores niveles de autoeficacia. En dicho estudio según el tipo de lactancia, las madres que ofrecían LME obtuvieron una puntuación de 62.54, mientras que aquellas con lactancia suplementada la valoraron con 51,79 puntos. Esto implica una diferencia de 10.42 puntos entre los dos grupos (8). De igual modo, en otro estudio que obtuvo una alta autoeficacia en lactancia materna a los 2 días postparto predijo una lactancia exclusiva más frecuente a los 6 meses postparto (31).

De este modo el BSES-SF ha demostrado presentar una elevada capacidad predictiva para dirigir intervenciones de manera efectiva basadas en la autoeficacia materna en la LM (30,31).

2.4. La autoeficacia y su relación con la lactancia materna

La teoría de la autoeficacia, basada en la teoría cognitiva social de Bandura y adaptada por Dennis en 1999, ha sido ampliamente utilizada en investigaciones en lactancia materna. Autoeficacia se define como la creencia en las propias habilidades para lograr un objetivo o realizar una tarea influyendo en la motivación personal y la capacidad de éxito (2). La autoeficacia es una característica afectiva que se ha identificado como unos de los predictores más fuertes de una amplia variedad de comportamientos, incluida la LM, por este motivo es fundamental para la iniciación y continuación del comportamiento de lactancia materna (27).

La autoeficacia se compone de dos partes: a) expectativa de resultado, es decir la creencia que una determinada conducta producirá un determinado resultado, y b) expectativa de autoeficacia, convicción de que el individuo puede realizar con éxito una terminada tarea o comportamiento para conseguir el resultado deseado (13).

La autoeficacia en la lactancia materna es el reflejo de lo que confía la madre en sus capacidades, y no sus verdaderas habilidades para tener éxito en la lactancia materna. Ésta se ve influenciada por los anteriores factores mencionados, a la vez que puede verse afectada por las interacciones con el bebe, con los profesionales sanitarios, la familia y su sistema de apoyo informal y el medio ambiente (2,13).

Como tal, la autoeficacia es una variable destacada en la duración de la lactancia que captura una serie de componentes **cognitivos**: 1) Si una madre escoge amamantar, 2) Cuánto esfuerzo pretende dedicarle, 3) si perseverará en sus intentos hasta que lo logre, 4) si será autocrítica o se autoanimará para apoyar su comportamiento de lactancia materna, y 5) que herramientas emocionales dispone para afrontar las dificultades para amamantar (13,27). También captura datos referentes a las habilidades **conductuales** asociadas a la lactancia materna: 1) la confianza en el agarre del bebé, 2) la identificación de problemas de salud en el pecho, 3) el aprendizaje de habilidades

conductuales para superar barreras reales o percibidas como podría ser la extracción manual de leche materna (27).

La confianza en la lactancia también se ha asociado con la percepción materna de suficiente producción de leche, siendo esta una de las principales causas del inicio de suplementación con leche de fórmula y disminución de la cantidad de lactancia que realizan los recién nacidos (13,25,27)

Bandura en su teoría de la autoeficacia identificó cuatro fuentes primarias de información: a) experiencia previa, en este caso experiencias anteriores con la lactancia, b) experiencia vicaria, es decir haber observado a mujeres lactando, c) persuasión verbal y d) respuestas fisiológicas y reacción somática que te genera la experiencia de un evento potencialmente estresante. De este modo la autoeficacia para amantar un bebe dependerá de si tiene experiencia previa en LM, si ha observado conductas de amamantamiento de otras mujeres (13,25,27) o si ha recibido estímulos positivos o negativos para amamantar. Además el estado emocional y afectivo, incluyendo fatiga, estrés y ansiedad es una importante fuente de información a través de la cual se evalúa su capacidad de amamantar (32,33). Es en este punto donde el papel de los profesionales sanitarios puede modificar la confianza de la mujeres mediante información y apoyo (13,33)

Por otro lado, la autoeficacia en lactancia materna se relaciona con el soporte social y profesional (32), de modo que el posparto precoz en el hospital es un momento clave para que los profesionales de salud ofrezcan soporte a las madres para establecer la LME (31). De hecho la iniciación temprana y exitosa de la LM y LME durante la estancia hospitalaria se asocia con niveles más altos de autoeficacia en LM (32,33).

Los predictores de autoeficacia en lactancia materna en el período postparto inmediato son: la intención de amamantar, el apoyo del compañero, el apoyo de enfermeras/matronas, la asistencia a clases prenatales de lactancia materna (16,21,33), el tiempo entre el parto y el inicio de la lactancia materna, y la experiencia previa en la lactancia materna (33). Para fortalecer la autoeficacia materna en lactancia es importante que las madres y sus parejas puedan

acudir a clases prenatales, ya que se ha observado que el asesoramiento en LM (16) fortalece la autoeficacia y esta influye en el estado de ánimo de la madre y reduce su ansiedad, facilitando la lactancia (33). Chrzan-Detkós et al. (32) coincide con Yang et al. (33) en afirmar que las que presentan algún problema de salud mental presentan menor sensación de autoeficacia en LM.

Referente a la intención de amamantar exclusivamente se observó que aquellas mujeres con intención de amamantar exclusivamente presentaban puntuaciones más altas en el BSES-SF que aquellas con intención de amamantar parcialmente, así como también presentaban puntuaciones superiores a aquellas que tenían experiencia previa. En cambio no obtuvo diferencias significativas en puntuaciones de autoeficacia las variables edad, educación, ocupación, estatus socioeconómico, momento de tomar la decisión de amamantar, modo de parto y sexo del bebé (33).

La autoeficacia como concepto en LM plantea ser un recurso de mucha utilidad, se podría usar como herramienta para ayudar a reconocer aquellas madres que probablemente tendrán éxito, así como aquellas que requerirán intervenciones de soporte. En este caso si una madre presenta puntuaciones de autoeficacia altas en LM antes del alta hospitalaria, es probable que no necesite mucha más ayuda. En cambio aquellas mujeres con puntuaciones bajas, es probable que requieran un apoyo adicional (25,27). Aquellas mujeres con un mayor apoyo recibido por parte de su matrona reportaron mayores puntuaciones en el BSES-SF (33).

De este modo el BSES-SF puede ser un recurso que utilicemos como herramienta para evaluar comportamientos y cogniciones relacionadas con la lactancia materna y sensibilizar al equipo de enfermería de las necesidades que presentan las lactantes durante el ingreso hospitalario y el puerperio inmediato y tardío. Con el uso de esta escala se puede detectar anticipadamente aquellas madres que presentan bajas puntuaciones de autoeficacia al alta, y se puede trazar una intervención para ayudarles a conseguir una lactancia exitosa.(30)

2.4.1. Punto de corte en el BSES-SF como predictor de LM

Varios artículos establecen una puntuación de corte en la escala BSES-SF que sirva como predictor de LME después del alta, ya que aquellas madres con puntuaciones más bajas son más propensas a destetar prematuramente a sus neonatos. Nanishi et al. (17), establecieron como punto de corte una puntuación de 50 ya sea a las 4 semanas o a las 12 semanas. De este modo puntuaciones iguales o inferiores a 50 pueden considerarse indicadores de la necesidad de intervenciones para apoyar la lactancia materna exclusiva. Balaguer et al. (8) estableció en una muestra de población española una puntuación de 58 para una sensibilidad del 80% en la detección de mujeres que presentaban riesgo de abandono de la LM. Las múltiparas obtienen resultados ligeramente mayores en el test BSES-SF que las primíparas (27), por este motivo es importante proporcionar asesoramiento sobre lactancia materna a las mujeres primíparas.

La monitorización de las puntuaciones en LM de la escala BSES-SF puede ser una herramienta para tener conocimiento sobre en qué áreas las madres están teniendo éxito o afrontado dificultades con la LM, y permitirían una atención más temprana para aquellos que necesitan apoyo (8).

2.5. Implicación de la lactancia materna a nivel social

Mantener lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada hasta los dos años, es claramente una práctica que en las sociedades occidentales es prácticamente imposible que pueda ser compaginada con la actividad laboral, y esto genera un estado de ansiedad en las lactantes por no seguir en la línea de ser “buena madre” (34).

Es irrefutable el impacto que tiene la lactancia materna en nuestra sociedad. El tipo de alimentación que escojamos para nuestros hijos se vincula con el amor, la culpa, la tristeza, la frustración y obligación de intentarlo cueste lo que cueste. (35) La lactancia materna se relaciona con múltiples beneficios para la salud de la madre y del recién nacido. Masso et al. (34), en su línea lactivista defiende que si todos los beneficios que se asocian a la lactancia materna

fueran para hombres, estos no sacrificarían su salud a otros intereses. Por tanto muchos de los problemas que se asocian al proceso de amamantar tienen su origen en una escasa promoción de esta, siendo los principales problemas la falta de apoyo y asesoramiento correctos a la nueva madre.

La alimentación del bebé es una tarea única y exclusiva de la madre, y socialmente está muy valorada. Pero quizá existe un abismo entre lo esperado y lo encontrado (14). Gutierrez et al. (36), en su análisis de narrativas concluye que debemos aceptar que el proceso de amamantar está lleno de emociones, positivas y negativas, como serían la culpa, la ansiedad y el amor, y que todas tienen que ser validadas por la sociedad. No solo las positivas. La lactancia construye a las mujeres, y las decisiones que toman alrededor de la lactancia materna y sus cuerpos, están moduladas por las emociones que emanan de lo que debe o no debe hacer una “buena madre”.

Otras autoras como defienden que la creación del vínculo entre madre e hijo a través de la LM, implica adultos más seguros en sí mismos/as, más independientes y más autónomos/as.(37). Pero a la vez argumenta que la lactancia materna requiere cuidado de tiempo exclusivo y ausencia de estrés, elementos casi imposibles en una sociedad posindustrial y capitalista (34).

Rodríguez García (14) defiende que las habilidades relacionadas con la lactancia materna no son instintivas como en el resto de mamíferos. La madre ha de aprender a amamantar a sus crías y este aprendizaje lo adquiere en las representaciones que obtiene de su universo, de este modo los consejos, creencias o costumbres socioculturales de las mujeres de su familia condicionará el proceso de la lactancia materna.

Tal como afirman las mujeres el soporte que reciben a nivel familiar e institucional es un factor que predispone a favor o en contra. Existen ambos extremos, el primer grupo de mujeres que interrumpen la lactancia de forma precoz por la falsa creencia que la alimentación con biberón es más fácil y los recién nacidos duermen mejor. Por otro lado existe aquel grupo de madres, que a pesar que les recomiendan suplementar se niegan a darle a al bebé leche de fórmula. Rodríguez García (14) concluye que este último caso sucede en

mujeres que la lactancia materna es percibida e idealizada como factor indispensable para una buena maternidad, o siendo lo mismo para ser una buena madre. Por otro lado los conocimientos, las creencias y el soporte son factores claves que determinan la intención de las madres que llevar a cabo lactancia materna o no (38).

Lee et al. (35) Llevaron a cabo un estudio prospectivo longitudinal cuasi-experimental en el que evidenciaron que aquellas mujeres que habían asistido a grupos de soporte moderados por IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) durante el postparto inmediato (3-5 posparto) mejoraban los valores percibidos de autoeficacia medido con la escala validada BSE-SF (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form), a la vez que también se observaron mayores tasas de LME a los 6 meses postparto. Kim et al. (39), refuerza que el efecto de los grupos posparto y acompañamiento a la lactancia son más positivos cuando estos son liderados por profesionales sanitarios (39,40).

Es frecuente que las madres lactantes participen en más de un grupo de soporte. A menudo no presentan ninguna dificultad con la lactancia materna, pero la principal razón de su participación en grupos es conocer otras madres lactantes y compartir con ellas experiencias. En este punto toma importancia los datos obtenidos, donde las mujeres argumentan que el grupo es para mucho más que para resolver problemas, es un grupo de apoyo mutuo. La falta de experiencia personal en lactancia materna, y la falta de práctica de LME entre los profesionales implica que estas perciben un nivel de apoyo negativo. Algunas madres en las entrevistas realizadas en el estudio de Quinn et al. (41), verbalizaron que no se sentían apoyadas por los profesionales de la salud, y a menudo esto les ofrecían soluciones que no promovían la continuación de la lactancia materna.

Está claro que la lactancia materna es el mejor alimento para el bebé, a nivel nutricional nunca ninguna fórmula ha conseguido igualar sus características, sobre todo en lo referente a la inmunidad que está confiere. Pero sí es el mejor alimento y es la alimentación natural por excelencia, porque las madres refieren tantas dificultades, o porque tienen unas expectativas con la lactancia materna

tan difíciles de conseguir. Por otro lado, cuando a una embarazada le preguntas: A ti te gustaría dar el pecho, normalmente la respuesta es del estilo “Si puedo, sí!”. Esto es otra incongruencia, si partimos de la idea que todas las mujeres pueden, porque tantas se plantean que quizá no lo consigan.

2.5.1. Percepción de las mujeres lactantes

El periodo posnatal es una etapa significativa en la vida de las madres y los bebés. Es un momento de adaptación a la maternidad y paternidad, del desarrollo de un apego seguro para el neonato y lactante pequeño, y un periodo en el que se crearan nuevos lazos tanto dentro de la familia como en la comunidad. El periodo posnatal es la fase de la vida inmediatamente después del parto. Su duración varía según la cultura, siendo las 6 primeras semanas aceptadas transculturalmente (35).

A pesar que el periodo posparto debería de una etapa que recibiera especial atención, por el contrario es una fase en la que la atención materna está descuidada, donde los recursos se centran mayoritariamente en la fase prenatal e intraparto (42).

El periodo postnatal es un periodo de transición que se caracteriza por cambios en la auto-identidad, la redefinición de relaciones, oportunidades de crecimiento personal y alteraciones en el comportamiento sexual mientras las madres se acostumbran a su nueva normalidad, cada una en su contexto cultural. Durante esta fase las mujeres describen experimentar intensa alegría y felicidad, así como también estado de ánimo bajo, ansiedad y depresión, acompañados muy frecuentemente por la fatiga y el agotamiento agudo. Muy frecuentemente las mujeres priorizan la relación con el neonato sacrificando su autocuidado. Por otro lado, las mujeres pueden encontrarse en una etapa de no reconocimiento y aceptación del propio cuerpo. Esto incluye sentimientos negativos asociados a su imagen corporal después del parto. De este modo para hacer frente a este periodo, las mujeres verbalizan la necesidad de apoyo práctico, emocional y psicológico, no solo por parte los profesionales sanitarios, sino también de sus familiares, grupos de soporte y fuentes en línea (35).

Wouk et al. (43), estableció que aquellas madres que mostraban una actitud positiva hacia la lactancia materna presentaban mayor probabilidad de conseguir LME que aquella que tenían actitudes ambivalentes o negativas.

2.6. Intervenciones en lactancia materna

El soporte que reciben las mujeres a lo largo de la lactancia materna, pero sobretodo en los primeros momentos cuando se produce el inicio y la instauración de la LM es fundamental (21,44).

Las mujeres primíparas presentan más dudas y preocupaciones sobre la lactancia materna en comparación con las mujeres multíparas, y esto aumenta las probabilidades de iniciar con algún suplemento de manera temprana o incluso abandonar la lactancia materna debido a las dificultades y la falta de experiencia. El apoyo para mejorar la autoeficacia, las mujeres lo pueden encontrar en múltiples formatos: grupos presenciales de acompañamiento a la LM, a través de asesoramiento telefónico, asesoramiento prenatal, redes sociales y plataformas virtuales (28).

Las mujeres nulíparas presentan cifras de autoeficacia más bajas que las mujeres multíparas. Actualmente las mujeres buscan mucho soporte en redes sociales tanto durante el periodo prenatal como posnatal (28).

Uzunçakmak et al. diseñaron una intervención a través de WhatsApp en la cual se les proporcionó información y educación sobre LM durante las primeras 4 semanas después del alta hospitalaria. Posteriormente llevaron a cabo una fase de asesoramiento entre el primero y el sexto mes de posparto a través de redes sociales en formato de preguntas y respuestas. No obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control e intervención en lo referente a frecuencia y duración de la lactancia materna, el peso al nacer de los bebés y el momento de la primera lactancia materna. En cambio si que obtuvieron mayores puntuaciones de autoeficacia en el test BSES-SF a los 3 y 6 meses (28).

Skelton et al. (45) en su estudio cualitativo concluyo que las mujeres consideran que existe un estigma alrededor de la lactancia materna que el

grupo de redes sociales les ayudó a combatir y a normalizar. Otro aspecto remarcable es la falta de apoyo que percibieron las mujeres por parte de sus familiares y amigos. De este modo el grupo de redes sociales les permitió crear un entorno de apoyo dónde las madres podían compartir sus experiencias y recibir validación en el viaje de la lactancia materna. La mayor parte de las mujeres también coincidieron en el sentimiento de empoderamiento que sentían gracias al grupo y valoraron muy positivamente la capacidad de animarse mutuamente hasta el punto que esto condicionó y alargó la duración de la lactancia materna.

Referente a la autoeficacia las madres verbalizaron sentirse más confiadas para amamantar gracias al grupo, tanto madres primerizas como lactantes experimentadas. El grupo les permitió aliviar preocupaciones o la auto-duda que presentaban alrededor de varios temas que aparecen de manera recurrente en múltiples estudios y aumentó su confianza al respecto: Tener suficiente cantidad de leche para poder amamantar al neonato, suplementación con fórmula, uso de medicamentos recetados y regreso al trabajo. Por otro lado, las madres mencionan que un aspecto que realmente apreciaban y les hacía sentirse más confiadas eran las experiencias compartidas y los consejos que recibían de otras lactantes con situaciones parecidas (28,45,46).

Otros autores también coinciden en afirmar que las actividades educativas prenatales mejoran las tasas de lactancia y obtienen mejores puntuaciones en la medición de la autoeficacia a los 15 días, 2 meses y 4 meses del parto (47).

Actualmente las madres y padres no tienen referentes en lactancia materna, por eso las madres valoraron muy positivamente conocer otras madres que estuvieran amamantando. Sí coinciden en afirmar que los profesionales médicos (médicos y enfermeras) tienen muy poca formación en LM (45).

Varios estudios han demostrado que las intervenciones prenatales y posnatales en lactancia materna aumentan la autoeficacia percibida en el período posparto.(24,46). Otro aspecto a destacar es el efecto de la educación en lactancia materna dada a parejas o los padres sobre la autoeficacia percibida, la satisfacción con la lactancia materna y el apoyo conyugal. El hecho que el

esposo/pareja mantenga actitudes positivas hacia la LM y comportamientos de apoyo hacia la madre es uno de los factores condicionantes del mantenimiento de la LM por parte de la madre. De este modo es de vital importancia que los padres que deseen puedan participar en los grupos de acompañamiento al embarazo, lactancia y posparto tanto durante el embarazo como en el posparto (46).

De este modo podemos concluir que el apoyo a la lactancia materna a través de las redes sociales contribuye positivamente a la autoeficacia en la lactancia materna (24,28,45,46) y ofrece a las mujeres la oportunidad de resolver dudas o compartir experiencias en el momento oportuno para ellas, adaptándose a las necesidades del bebé (28).

Una revisión de artículos en el que se compararon varias intervenciones educativas en LM, encontraron evidencia sobre que las intervenciones cara a cara son más efectivas para mejorar las tasas de LM (48).

3. Revisión bibliográfica y antecedentes

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la que se recogen los estudios relacionados con la autoeficacia y la lactancia materna, y las vivencias y dificultades que se desprenden de ella.

La revisión bibliografía se realizó de entre los meses de Octubre de 2023 a Febrero de 2024. Se consultaron bases de datos bibliográficas del ámbito de la enfermería: CINAHL, CUIDEN, Cuidatge y LILACS obteniendo únicamente resultados relevantes en CINAHL; del ámbito de la biomedicina se consultó: PubMed, Web Of Science y Ebsco, y como motor de búsqueda Google Académico.

La búsqueda se limitó a artículos de 10 años de antigüedad, nacionales y internacionales, a excepción de algunos documentos que aportaban información relevante al tema de estudio. El idioma de búsqueda se limitó al inglés y castellano. Se utilizaron las siguientes palabras clave: *Lactancia materna exclusiva, autoeficacia en lactancia materna, soporte social, grupos de soporte, experiencias lactancia materna*. En inglés: *Exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy, support groups and social support and breastfeeding experience*. Como operadores booleanos se utilizó "AND" y "OR" y en alguna búsqueda puntual "NOT". También se obtuvieron artículos referenciados en artículos seleccionados de las búsquedas.

Una vez obtenidos los artículos extraídos de todas las bases de datos se elaboró un diagrama PRISMA para la selección. Se partió de 93 artículos, de los cuales se excluyeron 30 tras leer el título y el resumen y posteriormente se retiraron 13 por no cumplir con los criterios de inclusión o no aportar interés a la revisión. Se incluyeron revisiones sistemáticas, estudios observacionales y estudios analíticos mayoritariamente estudios de cohortes prospectivos y protocolos de acción. Por otro lado también se incluyeron estudios cualitativos que recogen las vivencias y experiencias de las mujeres lactantes.

4. Aportaciones e interés del estudio

El estudio nos permitirá conocer cuáles son los discursos y preocupaciones reales de las mujeres que están lactando a sus hijos. De este modo, se valorará la satisfacción de las mujeres con el grupo de acompañamiento a LM y conocerá si este aumenta su seguridad. Por otro lado, implementar el uso de la escala validada BSES-SF permitirá identificar aquellas mujeres que necesitan más soporte en el posparto inmediato. A nivel institucional permitirá hacer una mejor provisión de los recursos, y los profesionales podrán ofrecer un mejor soporte a aquellas mujeres de riesgo con el objetivo de abordar de manera precoz los problemas derivados de la LM en los primeros días después del parto, y reducir las mujeres que se planteen una LMM o incluso un destete por problemas derivados de la LM.

Los grupos de educación sanitaria comunitarios en formato abierto o cerrado facilitan que las mujeres expresen sus dudas o miedos en un colectivo de mujeres que están en el mismo proceso vital. De este modo, se plantea la implementación de varias sesiones del grupo de acompañamiento a la LM durante la semana para facilitar a nivel asistencial el abordaje de muchos problemas de LM, ya que la matrona que lo dirige ya puede identificar que mujeres necesitan ayuda y asesorarlas o derivarlas a otra matrona referente.

5. Objetivos y hipótesis

5.1. Objetivos

Objetivo general y específicos

- 1. Determinar si los grupos de acompañamiento a la lactancia materna liderados por matronas mejoran la autoeficacia percibida por las lactantes.
 - Comparar si las mujeres que acuden a los grupos presenciales de acompañamiento a la lactancia materna durante el posparto se sienten más confiadas que aquellas que no acuden.
 - Comparar si las mujeres que acuden a los grupos presenciales de acompañamiento a la lactancia materna presentan mayores tasas de LM que aquellas que no acuden.
 - Conocer las tasas de LME y LMM al alta del hospital, a los 15 días, a las 6 semanas y a los 3 y 6 meses de las mujeres lactantes.
- 2. Explorar cuáles son las vivencias con las que se encuentran las mujeres para el afrontamiento de la lactancia materna, tanto a nivel físico, emocional y psíquico.
 - Conocer cuáles son las principales dificultades con las que se encuentran las madres que dan el pecho.
 - Conocer cuáles son los principales motivos por los que las madres deciden iniciar lactancia materna mixta o realizar un destete.

5.2. Hipótesis

El soporte y acompañamiento a la LM en grupos aumenta la autoeficacia de las madres y supone un pilar para un mejor afrontamiento de las dificultades que esta implica tanto a nivel emocional, psicológico, físico, y social. La relación entre la lactancia materna como práctica social y como práctica biológica/natural marca y condiciona a las madres a su afrontamiento.

6. Método

6.1. Diseño, metodología y justificación

6.1.1. Introducción al diseño de investigación

Se ha optado por un **diseño de investigación mixto** para poder dar respuesta a los objetivos del estudio. A través de un paradigma positivista-cuantitativo en el que se describe y analizan los factores que condicionan los niveles de autoeficacia percibida por las lactantes; para luego complementarlo mediante un paradigma cualitativo con las vivencias y principales barreras referidas por las mujeres y analizar los discursos obtenidos de la experiencia.

La **metodología cuantitativa** es la forma de investigar y explicar la realidad en términos causales, desde el punto de vista del investigador, permitiéndonos conocer una población de manera objetiva y pormenorizada mediante una pequeña parte representativa de esta, y obtener unos resultados estableciendo un margen de error previamente estipulado.

Por otro lado la **metodología cualitativa** se puede definir como una forma de investigar en la que lo fundamental es comprender la realidad humana, de este modo permite llevar a un análisis más profundo de los temas a estudiar, incorporando de manera más vivencial las experiencias y percepciones de la población a estudio. Las técnicas cualitativas nos permitirán acercarnos al campo en el que se desenvuelve la muestra y obtener los datos desde dentro de la población, por este motivo se considera un método subjetivo en el que la manera de percibir del investigador puede condicionar los datos. Con esta metodología podremos recoger datos referentes a motivaciones, creencias, valores, intereses y expectativas de las mujeres referentes al proceso de lactar. Se combinarán ambas metodologías, dado que la intuición, las emociones, los sentimientos, las creencias o los valores explican aspectos del comportamiento humano que escapan a los métodos propios de la investigación cuantitativa.

Para dar respuesta al primer objetivo se llevará a cabo un estudio analítico longitudinal de cohortes. Para dar respuesta al segundo objetivo se utilizará el método etnográfico, observación participante y entrevista semi-estructuradas.

Se prevé una duración del estudio de 18 meses para la recogida de datos, ampliable si se necesitará más tiempo para conseguir el tamaño muestral necesario.

6.1.2. Contexto de la investigación

El estudio se realizará en un centro de atención primaria (CAP) de Barcelona, en concreto en el CAP Manso, en el programa de “Assistència a la Salut Sexual i Reproductiva” (ASSIR) a aquellas mujeres que acuden a la consulta de la matrona en el posparto tanto precoz como tardío, y a aquellas mujeres que participan en el grupo de acompañamiento a la lactancia.

La zona de influencia del ASSIR Manso engloba a todas las mujeres que pertenecen a los barrios de Sant Antoni, Poble Sec y Universidad y que por zona les pertenece el ASSIR Manso como centro de referencia en obstetricia y ginecología. Este corresponde al Área Básica de Salud de Barcelona de l'Eixample Esquerra y engloba un colectivo muy variado de mujeres que acuden para control del embarazo, postparto y también para planificación familiar o revisión ginecológica.

De los tres barrios mencionados, Sant Antoni y Poble Sec acoge un porcentaje importante de familias migradas de procedencia Paquistaní, India, Marruecos y Latinas. Un porcentaje importante de ellas no entiende el español ni el catalán. Esto implica una importante barrera de accesibilidad que condiciona una escasa participación en las actividades grupales (grupo de preparación al parto y nacimiento o grupo de lactancia materna o de crianza).

El grupo de acompañamiento a la lactancia materna tiene lugar todos los martes de 10:30 a 12:30h en la séptima planta del centro de Manso. El número de mujeres y hombres que participan en el grupo de acompañamiento a la LM es muy variable y reúne las siguientes características:

- Institucional (pertenece al Institut Català de la Salut - ICS).
- No existe aforo máximo y permite la participación tanto de madres como padres entendiendo que la crianza es compartida dentro de la pareja.

- Moderado por matronas, en este caso matrona referente en lactancia del ASSIR Manso.

El grupo de acompañamiento a la lactancia materna se establecen una serie de reglas de convivencia que se deben cumplir basadas en el respeto mutuo y respeto a todas la opiniones y creencias.

6.2. Población y muestra

6.2.1. Población objetivo/diana

Mujeres lactantes beneficiaras del sistema público de salud de Barcelona que se encuentren entre los 7-15 días de vida del neonato y los 6 meses.

6.2.2. Población de estudio

La población de estudio serán las mujeres lactantes que acudan a la consulta de la matrona del ASSIR Manso durante los primeros 15 días después del parto y hasta los 6 meses de vida del recién nacido.

6.2.3. Diseño del muestreo

El muestreo utilizado para la selección de la muestra será no probabilístico por conveniencia. Las mujeres serán captadas por la investigadora principal y matronas colaboradoras en consulta cuando estas acudan a la primera visita de posparto antes de los 15 días del parto. La captación se realizará en el centro ASSIR Manso (lugar donde se realiza el seguimiento de embarazo de las mujeres de bajo y medio riesgo). La matrona principal realizará la captación de las mujeres durante su horario de trabajo habitual en turno rotativo de mañanas y tardes durante la visita de puerperio.

En la fase del **estudio cualitativo** se utilizará el método etnográfico que tiene como objetivo observar, registrar, entender y describir detalladamente las prácticas culturales, las interacciones sociales, las tradiciones y los comportamientos, creencias, decisiones y acciones de los diferentes grupos humanos (49).

6.2.4. Tamaño muestral

Previo al cálculo de la muestra se realizará una prueba piloto (n=26) que nos servirá para el posterior cálculo del tamaño muestral. En 2023 nacieron en Barcelona 11.601 recién nacidos, de los cuales un 90.7% de las madres tienen intención de iniciar LM, de estos según los datos del INE un 70.67% realizaran algún tipo de lactancia. Con un margen de error del 5%, un índice de confianza del 95% y una pérdida estimada de seguimiento del 20% para toda la población de mujeres que darán a luz en Barcelona, se estima que la muestra mínima debe ser de 395 mujeres lactantes para que exista representatividad de la población de mujeres lactantes de Barcelona.

El tamaño muestral será el mismo para ambos estudios. El número de entrevistas que se realizaran se establecerá según suficiencia de la muestra, entendido como la cantidad de información que se requiere para considerar que la información obtenida es de la calidad y en cantidad necesarias.

6.2.5. Criterios de inclusión y exclusión

Las mujeres incluidas en la muestra del estudio deberán cumplir los siguientes **criterios de inclusión**:

- Madres de más de 18 años
- Capacidad de leer y escribir, entender y hablar el español y/o catalán.
- No presentar deterioro cognitivo.
- Parto a término.
- Lactancia materna exclusiva o Lactancia materna mixta en el momento de la inclusión.
- Acudir a visita de posparto en la consulta de la matrona durante los primeros 15 días del parto.

Por otro lado se establecen como **criterios de exclusión** los siguientes:

- Gestación múltiple
- Patología obstétrica grave categoría 3 y 4 en la clasificación del riesgo (ver anexo 9).

- Patología psiquiátrica grave (esquizofrenia, trastorno bipolar),
- Malformaciones mamarias (hipoplasia mamaria).
- Mamoplastia de aumento o reducción.
- Enfermedades metabólicas o genéticas del recién nacido al nacimiento.
- Ingreso del RN en unidad de curas intensivas al nacimiento.
- Mujeres que acuden a la primera visita de posparto tras más de 15 días del parto.

Una vez hayan sido identificadas, se les invitará a participar y se les informará sobre el objetivo del estudio y la finalidad.

6.3. Instrumentos de recogida de información

6.3.1. Para abordaje cuantitativo

6.3.1.1. Variables

Se observarán y registrarán de forma sistemática las variables de estudio. Las variables independientes, también conocidas en un contexto estadístico como regresores, representan insumos o causas, es decir, razones potenciales de variación. En cambio las variables dependientes representan el producto o resultado cuya variación se está estudiando.

La variable independiente es la asistencia al grupo de acompañamiento a la lactancia materna. Esta se registrará semanalmente.

Las variables dependientes serán la puntuación en autoeficacia percibida por las mujeres lactantes (escala BSES-FS) y las tasas de lactancia materna al alta del hospital, a los 15 días, a las 6 semanas, y a los 3 y 6 meses

Las variables se clasificaran en:

- **Variables sociodemográficas**

La recogida de estas primeras variables aportará información básica de la situación general de la mujer.

VARIABLES SOCIODEMORÁFICAS	
Edad de la madre en el momento del parto	<ol style="list-style-type: none"> 1. < 20 años 2. ≥ 20 y ≤ 35 años 3. >35 años
País de origen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Africana 2. Asiática 3. Europea 4. Latina 5. Otras
Estado civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Separada/Divorciada 4. Viuda 5. En pareja
Fumadora	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Familia monoparental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Situación laboral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajando 2. En paro 3. Ama de casa 4. Estudiante
Nivel de estudios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin estudios 2. Estudios primarios 3. Estudios secundarios 4. Formación profesional / Estudios de bachillerato 5. Estudios universitarios.
Estatus económico familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo 2. Medio 3. Alto

Tabla 1: Variables sociodemográficas

- **Variables obstétricas y neonatales**

Se recogerán aquellos datos referentes al embarazo y el parto, así como variables asociadas al neonato.

- Referentes al embarazo:

VARIABLES OBSTÉTRICAS	
Paridad (TPAL)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primípara 2. Secundípara 3. Tercípara 4. Más de 3 partos
Semanas embarazo en el momento del parto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entre 37 y 37.6 2. Entre 38 y 40 semanas 3. >40 semanas
Lugar del parto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hospitalario 2. Domiciliario
Tipo de parto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eutócico 2. Fórceps 3. Ventosa 4. Cesárea programada 5. Cesárea en curso de parto o urgente

Tabla 2: Variables obstétricas

- Referentes al neonato:

VARIABLES NEONATALES	
Sexo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer
Peso al nacimiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 2.5kg 2. > 2.5 y 3.5kg 3. ≥ 3.5kg – 4kg 4. > 4kg
Pérdida de peso	<ol style="list-style-type: none"> 3. $< 7\%$ 4. Entre $7-10\%$ 5. $> 10\%$
Recuperación del peso al nacer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de los 7 días 2. Entre los 7 y los 15 días 3. Más de 15 días

Tabla 3: Variables neonatales

- Referentes a la lactancia materna:

Las variables principales son:

- Intención de dar lactancia materna previa al parto. En caso de respuesta afirmativa conocer cuando decidieron que querían dar LM: antes del embarazo, durante el embarazo o tras el parto.
- Tipo de LM que deseaba iniciar: Lactancia materna exclusiva, lactancia materna mixta, lactancia artificial.
- Lactancia materna exclusiva: el niño solamente ha tomado LM durante los últimos 7 días.
- Lactancia materna suplementada: el niño ha tomado LM los últimos 7 días pero también ha tomado cualquier cantidad de leche de fórmula.
- Puntuación de la escala BSES-SF.

Otras variables a tener en cuenta son:

- Lactancias previas. ¿Dio el pecho a su hijo anterior?
- Complicaciones con la lactancia materna: aparición de grietas, dolor, mastitis o percepción de escasa producción de leche.
- Información de LM durante el embarazo. En caso de haber consultado otras fuentes, conocer cuáles han sido: clases preparación al parto, información en libros o en páginas web, participación durante el embarazo en grupos presenciales o online de acompañamiento a la LM.
- En los casos de destete, conocer el motivo: Escasa producción de leche, dolor o mastitis, incorporación al trabajo, deseo materno o otras.

6.3.1.2. Cuestionario Adhoc

Para la recogida de datos se han elaborado dos cuestionarios *adhoc*:

- **Parte 1: Hoja de recogida de datos sociodemográficos y clínicos** (*ver anexo 7*)

En este primer cuestionario elaborado por el equipo investigador se recogerán datos de la mujer lactante. Será rellenado por la mujer durante la visita de los

15 días con la matrona. También se cumplimentará algún ítem en la visita de las 6 semanas. A nivel estructural está dividido en dos bloques: datos sociodemográficos y datos clínicos referentes al embarazo y al neonato.

Este primer cuestionario únicamente se cumplimentará en la visita de los 15 días y la de las 6 semanas.

- **Parte 2: Hoja de recogida de datos en lactancia materna** (ver anexo 8)

En la segunda parte del cuestionario *ad hoc* se recogerán todos aquellos datos referentes a la LM y al soporte recibido. Este está dividido en 4 apartados con algunos apartados en común y otros específicos de cada una de las 4 visitas de seguimiento: 15 días, 6 semanas y 3 y 6 meses.

6.3.1.3. Escala BSES-SF (ver anexo 6)

La Escala *breastfeeding self-efficacy scale-short form* (BSES-SF) es una escala creada en Canadá en 2003 y validada al Español en 2011.

Consta de 14 ítems que van predicho de la frase “yo siempre puedo”, y se puntúa con valores del 1 al 5, donde 1 indica “nada en absoluto” y 5 “siempre” con puntuaciones que pueden variar des de 14 a 70.

Se ha escogido esta escala con el objetivo de conocer el nivel de autoeficacia que percibe la mujer lactante al inicio de la LM y hasta los 3 meses de vida del RN. La BSES-SF es una escala diseñada para ser de autocumplimiento y ha demostrado ser un buen predictor de abandono precoz de la LM.

Versión española de la Escala <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>
1. Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche
2. Siempre me apaño bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida
3. Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento
4. Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma
5. Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí

6. Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí
7. En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé
8. Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia
9. Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí
10. Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consume parte de mi tiempo
11. Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro
12. Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro
13. Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide
14. Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no

6.3.2. Para abordaje cualitativo

Referente a la recogida de datos correspondiente a la metodología cualitativa se utilizará la observación participante y entrevistas semiestructuradas. Al inicio de las sesiones del grupo de acompañamiento a la LM las mujeres y hombres que participen serán informados del propósito del estudio y deberán estar de acuerdo con la presencia del investigador en las sesiones de acompañamiento a la lactancia materna, por este motivo previamente, en la visita de captación de los 15 días habrán firmado el consentimiento informado. La presencia del investigador principal en el grupo no alterará la dinámica de este, no intervendrá ni aportará información a pesar de su formación como matrona. La matrona moderadora del grupo sí que conocerá la formación como matrona de la investigadora principal, pero será informada que su participación en el grupo será meramente observadora. A través de las charlas informales, el investigador aprenderá sobre los hábitos y dinámicas del grupo.

La información se registrará en el diario de campo mediante notas tomadas durante la incursión al campo, a través de las cuales se registrarán los datos de

la observación y la vivencia del etnógrafo. Se ha descartado la posibilidad de grabar las sesiones para no incomodar a las lactantes, ya que el propósito del investigador es no alterar de ningún modo la dinámica de la sesión para poder llevar a cabo una observación real de la dinámica y los discursos de las mujeres lactantes. La duración de la observación participante será de 18 meses, prolongable si no se han obtenido la muestra necesaria.

Para completar el trabajo de campo se realizarán entrevistas semi-estructuradas para recabar la mayor información y descubrir datos que son inaccesibles a simple vista. Se llevarán a cabo entre 7-10 entrevistas hasta saturación de datos, las cuales permitirán al investigador principal profundizar y clarificar cuestiones que escapan a su observación; es entonces cuando el grupo estudiado tiene la oportunidad de expresar sus ideas, sentimientos y emociones al investigador. La selección de las personas designadas para realizar la entrevista se consensuará con la moderadora del grupo quien planteará diversas candidatas que firmarán previamente el consentimiento. Las mujeres seleccionadas para la entrevista deberán haber participado en 2 o más sesiones de acompañamiento a la LM.

Las entrevistas se realizarán en el ASSIR Manso en el horario y día pactados previamente con la mujer en formato presencial. Se les preguntará sobre su experiencia con el grupo, deseos y expectativas. Por otro lado se les preguntará sobre si se sienten más confiadas en el desempeño de la LM tras su participación en el grupo. Por supuesto durante la entrevista se dejará espacio para que la mujer verbalice aquello que ella considera importante referente a la LM y a la participación en el grupo de acompañamiento a la LM.

Se ha diseñado un guión de preguntas como guía para la entrevista semi-estructurada que permitirá abordar los diferentes aspectos: en primer lugar se quiere explorar si se sienten cómodas dentro del grupo para expresar sus opiniones y preocupaciones, en segundo lugar conocer que les aporta el grupo y en tercer lugar conocer como se han sentido y como se sienten de empoderadas con la LM.

Se informará a la mujeres que la entrevista será grabada para posteriormente realizar una transcripción fidedigna de esta y se insistirá en que pueden interrumpir o abandonar en cualquier momento. La entrevista está planteada para una duración de entre 45-60 minutos.

6.3.3. Procedimiento de recogida de datos

Al inicio, se planteará una sesión de equipo para informar a las matronas que trabajan en ASSIR MANSO del inicio del estudio. Se les presentará el proyecto: objetivos principales, la metodología del proyecto, los criterios de inclusión y exclusión, el circuito a seguir durante la recogida de datos y la gestión de la documentación. Posteriormente, con las matronas que acepten participar se repetirá en versión telemática unos días después para resolver dudas e informar de la gestión de los datos y como almacenar y guardar toda la documentación obtenida.

Se elaborará el manual del investigador en que cada una de las matronas colaboradoras tendrá un código identificativo que consistirá en la letra C más el número asignado. Esto permitirá saber que investigadora ha captado cada una de las mujeres que constituirán la muestra.

Se recogerá información en la primera visita de posparto (antes de los 15 días de vida), a las 6 semanas y a los 3 y 6 meses.

1ª visita: Visita de captación

La captación se llevará a cabo en la consulta de la matrona referente (aquellas que formen parte de la investigación como investigadoras colaboradoras) o por la matrona e investigadora principal en el ASSIR Manso. Durante la primera visita posparto realizada antes de los 15 días de vida del RN, coincidiendo con la primera revisión obstétrica y neonatal se ofrecerá a las mujeres que cumplan los criterios de inclusión y exclusión participar en el estudio. En caso de estar interesadas se les facilitará el consentimiento informado por escrito. Una vez firmen el consentimiento informado se les asignará y registrará como tal, un número de caso con el objetivo de anonimizar los datos personales.

Se creará una carpeta con toda la documentación por escrito, que se ubicará en la sala de los administrativos con el resto de consentimientos. En dicha carpeta constará toda la documentación perteneciente al estudio y se crearán unas etiquetas con números de 1 al 395, que deberán ser pegadas en el apartado pertinente en el cuestionario *ad hoc*. De este modo, cuando la matrona decida realizar una captación deberá ir a buscar la etiqueta para asignarle número de caso y evitar duplicar con el mismo número más de una mujer.

Durante esta primera visita la mujeres cumplimentarán los cuestionarios *ad hoc*: Hoja de recogida de datos sociodemográficos y clínicos y la Hoja de recogida de datos en lactancia materna que corresponda a la visita de los 15 días. También completarán de manera autogestionada la escala BSES-SF.

2ª visita: Visita cuarentena

Siguiendo con el protocolo de seguimiento del postparto se citará de nuevo a las mujeres a las 6 semanas del parto, visita en la que se establece el método contraceptivo y las mujeres autocumplimentan el test de Edimburgo. En esta visita cumplimentarán los datos restantes de la parte 1 del cuestionario *ad hoc* y la parte 2 que corresponda a la visita de las 6 semanas. También cumplimentarán la escala BSES-SF.

Será en esta visita de las 6 semanas cuando las mujeres se clasificarán en grupo control o intervención en función de si han participado en el grupo de acompañamiento a la LM del ASSIR Manso. En aquellas que formen parte del grupo intervención se recogerá también en el cuestionario *ad hoc* el número de sesiones a las que han participado en el grupo de LM, y cuando fue la primera vez que participaron recogido en semanas de vida del RN.

3ª y 4ª visita: Fase telefónica

En una segunda fase telefónica, la matrona principal contactará con las mujeres pertenecientes al estudio a los 3 y a los 6 meses. Las mujeres serán informadas de esta llamada en la visita de las 6 semanas, y se pactará con ellas día y hora para la llamada de los 3 y los 6 meses. En la llamada de los 3 meses se volverá a cumplimentar la escala BSES-SF y se completarán los

datos relativos al cuestionario *ad hoc* parte 2, Hoja de recogida de datos referentes a la LM, con el objetivo de conocer si continúan con LME, o si por otro lado realizan LMM. En caso de no realizar ningún tipo de LM, preguntar sobre la fecha de destete recogida en semanas/meses del RN y el motivo del destete.

En la llamada telefónica de los 6 meses únicamente se cumplimentarán los datos referentes a la LM en el cuestionario *ad hoc* hoja de recogida de datos referentes a la LM, en el apartado correspondiente a los 6 meses.

Paralelamente a las visitas de los 15 días, 6 semanas y 3 y 6 meses donde se recogerá toda la documentación anteriormente mencionada, el investigador principal se introducirá en el campo de observación del grupo de acompañamiento a la LM los martes de 10:30 a 12:30h. Tras 3-4 meses de observación participante, en la cual el investigador principal ya conocerá las inquietudes y roles desarrollados en el grupo de acompañamiento a la LM, se iniciarán las entrevistas semi-estructuradas para completar la información obtenida de la observación participante.

6.4. Análisis de los datos

6.4.1. Para el abordaje cuantitativo

Para el análisis de datos se realizará un análisis descriptivo de las variables de estudio mediante frecuencias y porcentajes para las variables discretas y medias aritméticas y desviación estándar para las variables continuas.

Se calculará puntuación total de la escala BSES-SF y si hay diferencia en las valoraciones entre las madres que participan en el grupo de LM y las que no mediante la prueba t-student con un nivel de significación $p < 0.05$. Para comprobar la asociación entre variables continuas se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson.

Para el análisis estadístico de los datos se contó con el programa informático Statistical Package for the Social Sciences, SPSS v22.0.

6.4.2. Para el abordaje cualitativo

El análisis de los datos obtenidos mediante las entrevistas y la observación participante se analizarán mediante el análisis de contenido temático, desarrollado por Barney Glasser y Anselm Strauss (49). De este modo en primer lugar se codificarán y se analizarán los datos de forma simultánea. Posteriormente se compararán y se integraran en cada una de las categorías que se delimitarán con los datos obtenidos. La codificación de los datos permitirá identificar y nombrar los conceptos y temas. Los datos transformados y reducidos sirven para la construcción de categorías que, una vez integradas, permitirán formar un marco teórico emergente.

Para el análisis de los datos obtenidos en el proceso de categorización se utilizará un programa Computer-assisted Qualitative Data Analysis Software (CAQDAS), en concreto el Atlas-Ti. Este programa es especialmente útil para trabajos de investigación con grandes volúmenes de datos y difíciles de organizar de forma manual. Se llevará a cabo una transcripción literal de las entrevistas, y posteriormente el investigador hará una lectura detallada para no obviar ningún dato relevante.

7. Aspectos éticos

El proyecto se presentará para su aprobación al Comité de Ética e Investigación Clínica de l'Institut Universitari d'investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP GOL).

Se solicitará a las madres permiso para su inclusión en el estudio, previa explicación de este. Durante la primera visita de puerperio precoz se les informará sobre el objetivo y la finalidad de este, y si aceptan firmarán el consentimiento informado. De igual modo, se les recordará de manera verbal a todas las mujeres que participen en el grupo de acompañamiento a la LM sobre la realización del estudio para que estas puedan dar su consentimiento para la observación participante y la posterior extracción de datos obtenidos durante su realización.

Se ha elaborado una hoja informativa (*ver anexo 2*) que se entregará a las mujeres conjuntamente con el consentimiento informado (*ver anexo 3*) que deberán firmar todas aquellas mujeres que acepten participar.

Se asegurará la confidencialidad y el anonimato de los datos, según las leyes estatales vigentes según el reglamento (UE) 2016/679.

8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados

Tras la investigación, los resultados obtenidos nos permitirán conocer cuáles son las necesidades reales de las mujeres lactantes y nos permitirá proporcionar una atención más individualizada y un seguimiento más exhaustivo a aquellas mujeres que presenten puntuaciones de riesgo de abandono a la LM y de manera indirecta aumentar las tasas de LM a las 6 semanas, y 3-6 meses posparto.

Por otro lado conocer la vivencia de las mujeres que participan el grupo de acompañamiento a la lactancia nos permite ser conocedoras de primera mano de su percepción sobre la lactancia y el soporte que reciben por parte del grupo y los profesionales, y como esto influye en su confianza para lactar.

Aumentar las tasas de LM a los 6 meses es un objetivo de salud pública. La lactancia materna previene enfermedades a corto plazo, pero también a largo plazo. Tiene un papel protector en la madre y el recién nacido reduciendo la probabilidad de desarrollar diabetes o cáncer de mama entre otras. De este modo, con el presente estudio se pretende potenciar la autoeficacia de las mujeres para que se sientan más confiadas a la hora de lactar y aumentar de manera directa las tasas de LM.

9. Limitaciones de la investigación

Una de las principales limitaciones es que la muestra obtenida probablemente por un tema de idioma excluirá a todas aquellas mujeres de culturas diferentes que hablan un idioma distinto al castellano.

Por otro lado otra de las limitaciones es el tipo de diseño de estudio. Éticamente no se puede aleatorizar a las mujeres que participarán en el grupo de acompañamiento a la LM, y de este modo existe el riesgo que el prototipo de mujer que acuda a estos grupos ya sea una mujer muy informada y motivada a realizar LM, que probablemente no sea representativo de la población general.

Finalmente, como cualquier estudio de investigación con metodología cualitativa presenta cierta subjetividad por parte del investigador, sobretodo en la recogida de notas durante la observación participante

10. Bibliografía

1. Eidelman AI. Breastfeeding Goals: Are We Fighting the Right War? *Breastfeed Med.* 2021;16(12):929–30.
2. Brockway M, Benzies K, Hayden KA. Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Hum Lact.* 2017;33(3):486–99.
3. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna. *Pediatrics.* 2010;125(5):1042–7.
4. Cesar G Vitora, Rajiv Balhl, Aluísio J D Barros GVAF, Susan Horton, Julia Krasevec, Simon Murch, Mari Jeeva Sankar, Neff Walker NCR. Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet [Internet].* 2016;387(10033):475–90. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30534-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30534-7)
5. Martín-Ramos S, Domínguez-Aurrecochea B, García Vera C, Lorente García Mauriño AM, Sánchez Almeida E, Solís-Sánchez G. Breastfeeding in Spain and the factors related to its establishment and maintenance: LAyDI Study (PAPenRed). *Aten Primaria.* 2023;56(1).
6. Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia Materna. Lactancia Materna en cifras. 2016;9. Available from: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
7. Sanidad. Portal Estadístico del SNS. Encuesta Nacional de Salud. 2017; Available from: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
8. Balaguer-Martínez JV, García-Pérez R, Gallego-Iborra A, Sánchez-Almeida E, Sánchez-Díaz MD, Ciriza-Barea E. Capacidad predictiva para la lactancia y determinación del mejor punto de corte de la escala BSES-SF. *An Pediatr [Internet].* 2020;(xxxx). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.12.013>

9. Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, Rowan MK, Chia ES, Fairclough KA, et al. Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence , Causes and Treatments. 2015;2011:12247–63.
10. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. “I did a lot of Googling”: A qualitative study of exclusive breastfeeding support through social media. *Women and Birth* [Internet]. 2019;32(2):147–56. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.05.008>
11. Regan S, Brown A. Experiences of online breastfeeding support : Support and reassurance versus judgement and misinformation. *Matern Child Nutr.* 2019;
12. De Roza JG, Fong MMK, Ang BL, Sadon RB, Koh EYL, Teo SSH. Exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy and perception of milk supply among mothers in Singapore: A longitudinal study. *Midwifery.* 2019;79.
13. Dennis C. The Breastfeeding Self- Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003;32(6):734–44.
14. Rodríguez García R. Aproximación antropológica a la lactancia materna. *Antropol Exp.* 2015;(15):407–29.
15. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018. 212 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
16. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, et al. Prevalence of breastfeeding and factors associated with the start and duration of exclusive breastfeeding in the Community of Madrid among participants in the ELOIN. *An Pediatr.* 2018;89(1):32–43.
17. Nanishi K, Green J, Taguri M, Jimba M. Determining a Cut-Off Point for Scores of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form : Secondary Data Analysis of an Intervention Study in Japan. 2015;1–12.

18. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit* [Internet]. 2015;29(1):4–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>
19. de Garayo AL de AI, Ibáñez NS, Castro YR, Franco MG, Gutiérrez CA, Vidal IA. Prevalence and determinants of breastfeeding: The zorrotzaurre study. *Nutr Hosp*. 2021;38(1):50–9.
20. Organization WH. Global Nutrition Target 2025. Breastfeeding Policy Brief. World Heal Organ. 2014;8.
21. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, et al. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *J Pediatr* [Internet]. 2018;203:190–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008>
22. Ministerio de Sanidad Servicios sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Administra. Ministerio de Sanidad SS e I, Nagusia EJAZ, Vasco SC de P del G, Donostia-San Sebastián 1 – 01010 Vitoria-Gasteiz, editors. 2017.
23. Balaguer-Martínez JV, Esquivel-Ojeda JN, Valcarce-Pérez I, Ciriza-Barea E, García-Sotro C, López-Santiveri A, et al. Translation to Spanish and validation of a scale for the observation of breastfeeding: The Bristol Breastfeeding Assessment Tool. *An Pediatr* [Internet]. 2022;96(4):286–93. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.04.012>
24. Iliadou M, Lykeridou K, Prezerakos P, Swift E, Tziaferi S. Measuring the Effectiveness of a Midwife-led Education Programme in Terms of Breastfeeding Knowledge and Self-efficacy, Attitudes Towards Breastfeeding, and Perceived Barriers of Breastfeeding Among Pregnant Women. *Mater Socio Medica*. 2018;30(4):240.
25. Gerhardsson E, Hildingsson I, Mattsson E, Funkquist E. Prospective questionnaire study showed that higher self-efficacy predicted longer exclusive breastfeeding by the mothers of late preterm infants. 2018;799–805.

26. Oliver-Roig A, D'Anglade-González ML, García-García B, Silva-Tubio JR, Richart-Martínez M, Dennis CL. The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(2):169–73.
27. Boateng GO, Martin SL, Tuthill EL, Collins SM, Dennis C, Natamba BK, et al. Adaptation and psychometric evaluation of the breastfeeding self-efficacy scale to assess exclusive breastfeeding. 2019;7:1–14.
28. Uzunçakmak T, Gökşin İ, Ayaz-Alkaya S. The effect of social media-based support on breastfeeding self-efficacy: a randomised controlled trial. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2022;27(2):159–65.
29. Llopis-Rabout-Coudray M, López-Osuna C, Durá-Rayó M, Richart-Martínez M, Oliver-Roig A. Reliability and validity of the Spanish version of a breastfeeding self-efficacy scale | Fiabilidad y validez de la versión Española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. *Matronas Prof*. 2011;12(1):3–8.
30. Dennis CL, McQueen K, Dol J, Brown H, Beck C, Shorey S. Psychometrics of the breastfeeding self-efficacy scale and short form: a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2024;24(637):1–25. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17805-6>
31. Henshaw EJ, Fried R, Siskind E, Newhouse L, Cooper M. Breastfeeding self-efficacy, mood, and breastfeeding outcomes among primiparous women. *J Hum Lact*. 2015;31(3):511–8.
32. Chrzan-Dętkoś M, Walczak-Kozłowska T, Pietkiewicz A, Żołnowska J. Improvement of the breastfeeding self-efficacy and postpartum mental health after lactation consultations – Observational study. *Midwifery*. 2021;94(April 2020).
33. Yang X, Gao L ling, Ip WY, Sally Chan WC. Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery* [Internet]. 2016;41:1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.011>
34. Massó Guijarro E. Lactancia materna y revolución , o la teta como insumisión biocultural: calostro , cuerpo y cuidado. *Dilemata*.

- 2013;11:169–206.
35. Finlayson K, Crossland N, Bonet M, Downe S. What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(4):1–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0231415>
 36. Gutierrez Matínez AP. ¿ Y tú, das pecho o biberón? Narrativas, identidad de género y lactancia materna. *Desacatos Rev Ciencias Soc.* 2020;63:104–21.
 37. Calafell N. LACTANTES : NUEV OS LACTANTES : NUEVOS. *Rev Estud género, La Vent.* 2017;46:143–75.
 38. Nuzrina R, Roshita A, Basuki DN. Factors affecting breastfeeding intention and its continuation among urban mothers in West Jakarta: A follow-up qualitative study using critical point contact for breastfeeding. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2016;25(9):S43–51.
 39. Kim SK, Park S, Oh J, Kim J, Ahn S. Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2018;80(June 2017):94–105. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.004>
 40. Lee YH, Chang GL, Chang HY. Effects of education and support groups organized by IBCLCs in early postpartum on breastfeeding. *Midwifery* [Internet]. 2019;75:5–11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.023>
 41. Quinn EMC, Gallagher L, de Vries J. A qualitative exploration of breastfeeding support groups in Ireland from the women’s perspectives. *Midwifery.* 2019;78:71–7.
 42. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care. In: NICE guideline [Internet]. National I. London; 2021. p. 65. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
 43. Wouk K, Tucker C, Pence BW, Meltzer-brody S, Zvara B, Grewen K, et al. Positive emotions during infant feeding and breastfeeding outcomes. *J*

- Hum Lact. 2020;36(1):157–67.
44. Balogun OO, O'sullivan EJ, Mcfadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(11).
 45. Skelton KR, Evans R, LaChenaye J, Amsbary J, Wingate M, Talbott L. Exploring social media group use among breastfeeding mothers: Qualitative analysis. *JMIR Pediatr Parent.* 2018;1(2).
 46. Yeşil Y, Öztürk Can H. Postpartum Breastfeeding Practices and Attitudes in Parents: A Randomized Study to Evaluate the Effects of Individual and Group Breastfeeding Education of Mothers and Fathers. *Cureus.* 2023;15(9).
 47. Shafaei FS, Mirghafourvand M, Havizari S. The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: A randomized controlled clinical trial. *BMC Womens Health.* 2020;20(1):1–10.
 48. Wong KL, Tarrant M, Lok KYW. Group versus individual professional antenatal breastfeeding education for extending breastfeeding duration and exclusivity. *J Hum Lact.* 2015;31(3):354–66.
 49. Berenguera Ossó A, Fernandez de Sanmamaed Santos MJ, Pons Vigués M. Escuchar, Observar y Comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. *Inst Univ d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.* 2014;1:224.

11. Cronograma























MESES	1	2	3	4-8	8-16	16-20	20-24	24-30	30-33	33-35	35-36
TAREAS A REALIZAR POR EL EQUIPO INVESTIGADOR											
Presentación al comité ético											
Reclutar investigadores colaboradores											
Prueba piloto											
Reclutar pacientes para fase cuantitativa											
Observación participante											
Recogida de datos											
Análisis de datos											
Divulgación de los resultados											

Tabla 4: Cronograma

12. Presupuesto del proyecto

Se solicitará financiación pública competitiva para la ejecución y divulgación del proyecto, a través de las convocatorias del Fondo de Investigación Sanitarias (FIS), de modo que la fuente de financiación no dé lugar a un conflicto de intereses.

Concepto	Importe
Gastos de personal	
Equipo investigador	
Sueldo anual	No pertenecientes al estudio
Recursos materiales	
Impresión de documentos y material de oficina <ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado de estudio • Consentimiento informado de entrevista y observación participante • Hoja de recogida de datos sociodemográficos y clínicos • Escala BSES-SF Dossier de notas de campo	500 euros
Gastos derivados de la divulgación del proyecto de investigación <ul style="list-style-type: none"> - Traducción y Publicación - Asistencia a congresos y estancia - Publicaciones en revistas y traducción del artículo 	1300 euros 4000 euros 2100 euros * 3 Publicaciones
TOTAL	11.6000 euros

Tabla 5: Presupuesto del proyecto

Las instalaciones para el desarrollo del grupo de acompañamiento a la LM corren a cargo del ICS, y no supondrán un gasto para el proyecto.

Las instalaciones, el equipamiento técnico y los ordenadores usados en la gestión de los datos pertenecen al ICS, de este modo no implican un gasto en el desarrollo del estudio.

13. Anexos

13.1. Anexo 1: Autorización para la defensa del trabajo de final de máster



FACULTAD DE ENFERMERÍA

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

Nombre y apellidos autor / a: Irene Fernández Torn

Título trabajo:

**AUTOEFICACIA PERCIBIDA POR LAS LACTANTES QUE PARTICIPAN EN
UN GRUPO DE ACOMPAÑAMIENTO Y EXPLORACIÓN DE SUS
VIVENCIAS.**

Nombre y apellidos tutor / a: Maria Inmaculada De Molina Fernández

Autorizo a que éste sea presentado el próximo mes de: **Septiembre**

(firma)

Tarragona, ...12..... deJulio..... de ...2024.....

13.2. Anexo 2: Hoja informativa a la mujer lactante
Nos dirigimos a usted para invitarlo a participar, de manera completamente voluntaria, en el estudio: **“AUTOEFICACIA PERCIBIDA POR LAS LACTANTES QUE PARTICIPAN EN UN GRUPO DE ACOMPAÑAMIENTO Y EXPLORACIÓN DE SUS VIVENCIAS.”**

Introducción general del estudio y objetivos

La Organización Mundial de la Salud establece que las tasas de inicio y mantenimiento de la LME deberían ser más elevadas que las que se presentan actualmente. A día de hoy menos del 50% de los niños realizan LME a los 6 meses de vida. Existen múltiples factores que se asocian como factores asociados a bajas tasas de LM y abandono. En cambio existen una serie de factores que se consideran protectores, entre ellos la autoeficacia percibida por las mujeres.

Con el presente estudio se pretende conocer en primer lugar si las mujeres que participan en redes de apoyo a la lactancia materna, en este caso al grupo de acompañamiento a la LM del ASSIR Manso, presentan puntuaciones de autoeficacia más elevadas y a la vez ver si esto se traduce en mayores tasas de LM a los 15 días, 6 semanas y 3-6 meses. La segunda parte del estudio pretende conocer las vivencias, experiencias y dificultades con las que se encuentran las madres que forman parte del grupo ya mencionado mediante mi participación en el grupo como mera observadora.

Participación voluntaria

Debe saber que su participación en este estudio es totalmente voluntaria, y que puede decidir no participar o revocar en cualquier momento del estudio su consentimiento.

Implicación de su participación

Esta investigación implica su participación en 4 visitas concertadas previamente, dos visitas presenciales (a los 7-15 días del parto y a las 6 semanas) y dos telefónicas en las que se recogerán datos relativos a datos

personales, sociodemográficos, del parto y relacionados con la lactancia materna. También si decide participar en el grupo de acompañamiento a la LM deberá aceptar la presencia del investigador principal durante la consecución de las sesiones como parte de la observación participante del estudio.

Confidencialidad

El tratamiento y la comunicación de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su responsable del estudio.

Tras leer esta información y consultar las dudas que se le hayan planteado, si desea participar en el estudio deberá firmar el consentimiento informado.

13.3. Anexo 3: Consentimiento informado
Título del estudio: AUTOEFICACIA PERCIBIDA POR LAS LACTANTES QUE PARTICIPAN EN UN GRUPO DE ACOMPAÑAMIENTO Y EXPLORACIÓN DE SUS VIVENCIAS.

Datos de contacto del investigador/a principal: Irene Fernández Torm

Yo con NIF/NIE/Pasaporte

- He leído la hoja de información al participante sobre el estudio de la que se me ha entregado una copia.
- He podido preguntar y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación.
- Comprendo mi participación en el estudio de acuerdo con aquello que expresa la hoja de información al participante sobre el estudio y de las respuestas a mis preguntas, así como los riesgos y beneficios que comporta.
- Acepto que mi participación es voluntaria y doy libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Conozco que me puedo retirar en cualquier momento de participar en el estudio sin que ello me pueda causar ningún perjuicio.
- Estoy informado sobre el tratamiento que se realizará de mis datos personales.
- Doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante sobre el estudio.

Sí **No**

- Doy mi consentimiento para la difusión de mis datos personales junto con la publicación de los resultados del estudio.

Sí **No**

- Una vez finalizada la investigación, es posible que los datos obtenidos sean de interés para otros estudios relacionados. En relación con esto, se ofrecen las opciones siguientes:

NO autorizar el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados.

SÍ autorizar el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados.

Y para expresar el consentimiento, el participante firma en la fechay el lugar esta hoja de consentimiento:

Firma del participante

13.4. Anexo 4: Documento de consentimiento informado para grabación entrevista

Título del estudio: AUTOEFICACIA PERCIBIDA POR LAS MUJERES LACTANTES QUE PARTICIPAN EN UN GRUPO DE ACOMPAÑAMIENTO A LA LACTANCIA MATERNA. VIVENCIAS EN PRIMERA PERSONA.

Datos de contacto del investigador/a principal: Irene Fernández Torm

En el presente documento yo,.....doy consentimiento a para que haga uso de la grabación en forma de entrevista para fines pedagógicos y/o de investigación. Comprendo que se garantiza la confidencialidad y el respeto a mi identidad, durante y después de la entrevista, como también me han informado que los datos serán utilizados para la finalidad descrita y no otra. Estoy conforme a las condiciones y informada del proceso.

Fecha y firma:

13.5. Anexo 5: Guion de la entrevista realizada a las mujeres que participan en el grupo de acompañamiento a la LM

Fecha de la entrevista: _____

Inicio: _____ Termina: _____ Duración total: _____

La entrevista iniciará con la presentación del investigador principal. Se realizará la entrevista a aquellas mujeres que hayan participado en 2 o más sesiones del grupo de acompañamiento a la LM durante el periodo de estudio.

Se iniciará de manera informal con preguntas generales del tipo ¿Qué tal, como estas? ¿Cómo va la lactancia? A partir de aquí se realizarán las preguntas del guión de manera que permita fluir el discurso.

Pregunta principal:

¿Crees que el grupo de acompañamiento a la lactancia materna te ha aportado seguridad y confianza en tu lactancia?

A continuación se realizarán sin un orden estipulado otras posibles preguntas:

- ¿Cómo fue el inicio de tu lactancia? ¿Cómo te has sentido? ¿En algún momento has tenido que ofrecer leche de fórmula?
- ¿Es tu primera lactancia? En caso tener una anterior se preguntará por la anterior.
- ¿Cuándo decidiste que querías hacer LM? ¿Ha sido como imaginabas?
- ¿Qué dificultades has tenido durante la LM?
- ¿Cómo te sientes con la lactancia materna?
- ¿Qué opinión tienes sobre el grupo de acompañamiento a la LM?
- ¿Sientes que puedes expresar tus opiniones o experiencias cómodamente?
- ¿Consideras que has tenido suficiente soporte por parte de los profesionales? ¿Y de tus familiares o personas cercanas?
- ¿Te sientes satisfecha con tu lactancia? ¿Has cumplido tus expectativas?

- ¿Consideras que el grupo de acompañamiento a la lactancia materna es importante?
- ¿Recomendarías este grupo a otras madres? ¿Que cambiarías del grupo o que crees que se podría mejorar?
- ¿Crees que el grupo es también interesante para que participen las parejas, o en cambio piensas que es mejor que sea un espacio solo para madres?

**13.6. Anexo 6: Escala de Auto-Eficacia en Lactancia Materna
(Breastfeeding self-efficacy scale-short)**

Versión española de la Escala <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>
1. Siempre sé que mi bebé está tomanado suficiente leche.
2. Siempre me apaño bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida
3. Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento
4. Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma
5. Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí
6. Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí
7. En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé
8. Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia
9. Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí
10. Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo
11. Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro
12. Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro
13. Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide
14. Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no

13.7. Anexo 7: Hoja de recogida de datos sociodemográficos y clínicos

Datos generales	
Nº del participante _ _ _	Fecha del registro:
Asignación: Grupo caso <input type="checkbox"/>	Grupo control <input type="checkbox"/>
Teléfono:	Correo electrónico:

Datos sociodemográficos	
Edad	
País de origen	1) Africana 2) Asiática 3)Europea 4) Latina Tiempo que lleva viviendo en España 1) Menos de 1 año 2) Entre 1 y 5 años 3) Entre 5 y 10 años 4) Más de 10 años
Estado civil	1) Soltera 2) Casada 3)Separada/Divorciada 4) Latina
Nivel de estudios	1) Sin estudios 2) Estudios primarios 3)Estudios secundarios 4)Estudios formación profesonal/bachillerato 5) Estudios universitarios
Situación laboral	1) Trabajando 2) Paro 3)Estudiando 4) No trabaja/Mujer que trabaja en casa
Familia Monoparental	1) SI 2) NO
Estatus socioeconómico	1) Bajo 2) Medio 3) Alto
Fumadora	1) SI 2) NO

Datos obstétricos y neonatales	
Datos obstétricos	
Número de hijos anteriores	1) Ninguno 2) Uno 3) Dos 4) Tres 5) > de tres
Semanas embarazo en el parto	1) Entre 37.0 y 37.6 2) Entre 38 y 40 3) >40 semanas
Lugar del parto	1) Hospitalario 2) Domiciliario
Tipo de parto	1) Eutócico 2) Fórceps 3) Vaccum 4) Cesárea programada 5) Cesárea en curso de parto o urgente
Datos neonatales	
Sexo	1) Femení 2) Masculí
Peso al nacer	-----
Peso al alta del hospital	-----
Peso en primera visita pediatría	-----
Días de vida	-----
Tiempo de recuperación del peso al nacer	1) ≤ 7 días 2) >7 y ≤ 14 días 3) >14 y ≤ 21 días 4) Más de 21 días
Suplementación la primera semana de vida	1) SI 2) NO

13.8. Anexo 8: Hoja de recogida de datos en lactancia materna

Datos Lactancia materna (Visita 15 días)	
Intención de dar LM previa al parto	1) SI Cuando lo decidiste? a) Antes del embarazo b) durante el embarazo c) tras el parto 2) NO
Tipo de LM que deseaba iniciar	1) LM exclusiva 2) LM mixta 3) Lactancia artificial
Lactancias previas	1) Si 2) No
Complicaciones en la LM	1) Grietas 2) Dolor 3) Mastitis 4) Percepción escasa producción de leche
Fuentes de información durante el embarazo	1) Clases de preparación al parto 2) Información en libros o páginas web 3) Participación en grupos presenciales o online de acompañamiento a la LM
Fuentes de información durante el posparto	1) Participación en el grupo presencial de acompañamiento a la LM de ASSIR MANSO 2) Participación en el grupo de acompañamiento a la LM en otro centro 3) Participación en grupos online 4) Uso de redes sociales
Satisfacción LM	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Datos lactancia materna – Visita 6 semanas	
Lactancia materna	1) SI a) Solo pecho b) Pecho y biberón de leche artificial 2) NO Cuando fue el destete?
En caso de destete, cual fue el motivo	1) Mastitis 2) Dolor 3) Escasa producción de leche 4) Incorporación al trabajo 5) Deseo materno 6) Otras

Fuentes de información durante el posparto	<p>1) Participación en el grupo presencial de acompañamiento a la LM de ASSIR MANSO</p> <p>2) Participación en el grupo de acompañamiento a la LM en otro centro</p> <p>3) Participación en grupos online</p> <p>4) Uso de redes sociales</p>
Satisfacción LM	<p>1 2 3 4 5 6</p> <p> 7 8 9 10</p>
Datos lactancia materna – Visita telefónica 3 meses	
Lactancia materna	<p>1) SI</p> <p> a) Solo pecho</p> <p> b) Pecho y biberón de leche artificial</p> <p>2) NO</p> <p> Cuando fue el destete?</p>
En caso de destete, cual fue el motivo	<p>1) Mastitis 2) Dolor 3) Escasa producción de leche</p> <p>4) Incorporación al trabajo</p> <p>5) Deseo materno</p> <p>6) Otras</p>
Fuentes de información durante el posparto	<p>1) Participación en el grupo presencial de acompañamiento a la LM de ASSIR MANSO</p> <p>2) Participación en el grupo de acompañamiento a la LM en otro centro</p> <p>3) Participación en grupos online</p> <p>4) Uso de redes sociales</p> <p>5) He contratado un asesora de lactancia</p>
Satisfacción LM	<p>1 2 3 4 5 6</p> <p> 7 8 9 10</p>
Datos lactancia materna – Visita telefónica 6 meses	
Lactancia materna	<p>1) SI</p> <p> a) Solo pecho</p> <p> b) Pecho y biberón de leche artificial</p> <p>2) NO</p> <p> Cuando fue el destete?</p>
En caso de destete, cual fue el motivo	<p>1) Mastitis 2) Dolor 3) Escasa producción de leche</p> <p>4) Incorporación al trabajo</p>

	5) Deseo materno 6) Otras
Fuentes de información durante el posparto	1) Participación en el grupo presencial de acompañamiento a la LM de ASSIR MANSO 2) Participación en el grupo de acompañamiento a la LM en otro centro 3) Participación en grupos online 4) Uso de redes sociales 5) He contratado un asesora de lactancia
Satisfacción LM	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13.9. Anexo 9: Clasificación del riesgo obstétrico

Categoría 3 (Embarazo de alto riesgo)	Categoría 4(Embarazo de muy Alto riesgo)
Anemia grave	Amenaza Parto Prematuro
Cardiopatía 2	Cardiopatía 3 y 4
Embarazo gemelar	Diabetes 1 y 2
Cirugía uterina previa	Alcoholismo / Drogadicción
Diabetes gestacional	Gestación Múltiple
Endocrinopatía	Malformación Uterina
Historia obstétrica desfavorable	Incompetencia cervical uterina
Infección materna (hepatitis B, C, Toxoplasma, Pielonefritis, Rubeóla, Sífilis, CMV, Herpes primario genital, VIH, EB-Hemo)	Defecto congénito fetal confirmado
Obesidad mórbida	Muerte perinatal recurrente previa
Preeclampsia leve	Patología materna asociada grave
Sospecha malformación fetal	Placenta Previa
	Preeclampsia grave
	Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR)
	Isoinmunización
	Rotura Prematura de Membranas pretérmino

13.10. Anexo 10: Normas publicación en revista Matronas Profesión

Se ha realizado una revisión bibliográfica para la presentación del proyecto. Este se ha planteado según las normas de publicación de la revista de matronas: Matronas Profesión.

Revisiones bibliográficas

En esta sección se incluyen trabajos donde se estudia un tema en profundidad y se realiza una revisión de la bibliografía nacional e internacional publicada hasta la fecha. El manuscrito no debe superar los 24.000 caracteres con espacios, excluidos el resumen, la bibliografía, las tablas y/o figuras.

Deben contener los siguientes apartados:

Título

Debe expresar de forma clara y concisa el contenido del manuscrito, y ha de aportar la mayor información posible con el mínimo número de palabras (es recomendable que no exceda de 15 palabras). No debe contener acrónimos.

Resumen estructurado

El resumen se presentará estructurado (entre 1.200 y 1.700 caracteres con espacios) con los siguientes apartados: **Objetivo, Métodos, Resultados y Conclusiones**. Las palabras clave seguirán la misma normativa que en los trabajos originales.

Introducción

Se expondrán la situación actual y los antecedentes, respaldados con referencias bibliográficas. Al final de la introducción, se expondrá el objetivo del estudio, de manera clara y concisa, que debe coincidir con el objetivo del resumen.

Métodos

Se explicará la estrategia de búsqueda utilizada; deben indicarse los descriptores empleados en inglés y español, las bases de datos revisadas, y los límites de tiempo en cada una de las bases de datos. Hay que realizar una búsqueda exhaustiva en bases de datos científicas nacionales e internacionales.

Resultados

Deben derivarse de los resultados sobre el tema de estudio. Constará la información sobre el número de artículos encontrados, así como el número y el tipo de estudios incluidos en la revisión. Es preciso incluir un diagrama de flujo de la selección de artículos.

Discusión

Se identificarán los aspectos más relevantes y las coincidencias o controversias entre autores, y se especificarán las posibles limitaciones.

Conclusiones

Se aportarán las conclusiones de la revisión. Se señalará la aplicabilidad práctica para la profesión de matrona, así como los aspectos pendientes de estudio del tema, sugiriéndose nuevas investigaciones.

Bibliografía

Tendrá un máximo de 40 referencias.

Tablas y Figuras

El número máximo entre tablas y figuras será de 5, y no superará las 5 páginas en total.

Manuscrito del trabajo: Constará de:

Primera página: Se indicarán, en este orden, los siguientes datos:

a) Título del artículo

b) Nombre de pila completo y apellido de cada uno de los autores (si se utilizan los dos apellidos, irán unidos por un guion, a efectos de su identificación en los índices internacionales).

c) Filiación institucional de cada uno de los autores (profesión, nombre completo del departamento, centro de trabajo y dirección completa).

d) Dirección de correo electrónico y teléfono de la persona autora responsable para la correspondencia.

e) Financiación total o parcial del estudio, si la hubiere.

f) Relación, si existiese, entre cada investigador y las empresas potencialmente implicadas en el estudio (conflicto de intereses).

g) Si el artículo se ha presentado como comunicación oral o póster en algún congreso, o si ha sido publicado en una tesis doctoral. Al final de esta primera página, se incluirán los recuentos de caracteres con espacios del resumen y del cuerpo del manuscrito, excluidas la bibliografía y las tablas.

Segunda página: En ella aparecerán el título, el resumen y las palabras clave. Su extensión deberá ajustarse a la de cada tipo de artículo.

Tercera página y sucesivas: Se incluirá el texto o cuerpo del manuscrito con sus diferentes apartados, según la sección de que se trate. Una vez concluido el cuerpo del manuscrito, en la siguiente página se presentará la bibliografía.

A continuación, y empezando en una página nueva, aparecerán las tablas.

En otro archivo aparte se incluirán las figuras.