



El efecto de la intervención de la enfermera pediátrica en el domicilio sobre el mantenimiento de la Lactancia Materna

Autora: Alexandra Victoria Chico Dobroslavskaia

Alumna de 4º Curso del Grado de Enfermería

Tutor: Dr. D. Felipe Santiago Fernández Méndez

**Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de
Enfermería, Sede de Tenerife**

Curso académico 2019/2020

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna es un elemento imprescindible para el desarrollo del recién nacido, es por ello, que es importante conseguir que se mantenga lo máximo posible en el tiempo siendo esto posible con una adecuada intervención enfermera en la educación maternal durante el puerperio.

Objetivo: Estimar el efecto que sobre el mantenimiento de la lactancia materna tiene la intervención enfermera en domicilio frente al modelo tradicional en consulta.

Metodología: Proyecto cuantitativo de intervención pre-post con dos grupos aleatorizados de mujeres y sus respectivos hijos, grupo control y grupo de intervención. El proyecto tendrá lugar tras la aprobación del Comité Ético y la autorización de la Dirección de área del Centro de Salud de Adeje. El grupo control será el que acuda a la consulta del centro de salud, y el grupo de intervención recibirá la visita de la enfermera en su domicilio. Se realizará una entrevista semi-estructurada mediante un cuaderno de registro de datos de las variables sociodemográficas y los factores de estudio, además de las escalas validadas de agarre y autoeficacia materna, lo cuál, se repetirá en las revisiones habituales del neonato hasta los 6 meses de vida. Los datos obtenidos de las variables serán recopilados para su posterior análisis con el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Resultados esperados: Se espera obtener un aumento de la tasa de lactancia materna exclusiva a los seis meses de vida en el grupo de intervención.

Palabras clave: lactancia materna; enfermería pediátrica; autoeficacia.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding is an essential element for the development of the newborn, which is why it is important to ensure that it is maintained as long as possible, and this is possible with adequate nursing intervention in maternal education during the postpartum period.

Objective: Estimate the effect that home nursing intervention has on the maintenance of breastfeeding compared to the traditional model in consultation.

Methodology: Quantitative pre-post intervention project with two randomized groups of women and their respective children, control group and intervention group. The project will take place after the approval of the Ethics Committee and the authorization of the Area Director of the Adeje Health Center. The control group will be the one who goes to the health centre's surgery, and the intervention group will receive a visit from the nurse at home. A semi-structured interview will be carried out using a notebook to record the data on the socio-demographic variables and the study factors, in addition to the validated scales of maternal grip and self-efficacy, which will be repeated in the usual check-ups of the newborn up to 6 months of age. The data obtained from the variables will be collected for subsequent analysis with the statistical program Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Keywords: breastfeeding; pediatric nursing; self-efficacy.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	1
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1 El problema	2
1.2 Marco teórico	3
1.2.1 <i>Lactancia materna</i>	3
1.2.1.1 Antecedentes históricos.....	3
1.2.1.2 El proceso de la lactancia.....	4
1.2.1.3 Métodos de evaluación de la LM.....	7
1.2.1.4 Medidas de apoyo internacional.....	8
1.2.2 <i>Enfermería pediátrica</i>	9
1.2.2.1 Antecedentes históricos.....	9
1.2.2.2 Figura de la enfermera pediátrica.....	10
1.3 Justificación	11
1.4 Hipótesis	12
1.5 Objetivos	12
1.5.1 Objetivo principal.....	12
1.5.2 Objetivos secundarios.....	12
2. METODOLOGÍA	13
2.1 Ámbito de estudio	13
2.2 Tipo de estudio	13
2.3 Población y muestra del estudio	14
2.3.1 Criterios de inclusión.....	15
2.3.2 Criterios de exclusión.....	15
2.4 Materiales y métodos	16
2.4.1 Factores sociodemográficos y culturales.....	16
2.4.2 Factores de estudio.....	17
2.4.3 Herramientas.....	19
2.4.4 Intervenciones a realizar.....	19
2.5 Técnica de recogida de datos	20
2.6 Aspectos éticos	21
2.7 Análisis estadístico	21
2.7.1 Análisis descriptivo.....	21
2.7.2 Análisis inferencial.....	22
2.8 Limitaciones del Estudio	22
2.9 Cronograma	23

2.10 Presupuesto	24
2.11 Resultados Esperados	24
3. BIBLIOGRAFÍA	26
4. ANEXOS	31
Anexo 1: Glosario lingüístico	31
Anexo 2: Estrategia de búsqueda bibliográfica	32
Anexo 3: Cuaderno de registro de datos	33
Anexo 4: Versión en español de la escala LATCH	34
Anexo 5: Versión en español de la escala de Autoeficacia Materna	35
Anexo 6: Consentimiento informado	36

ABREVIATURAS

A.C: antes de Cristo

AEP: Asociación Española de Pediatría

AP: atención primaria

BSES-SF: Prenatal Breast-Feeding Self-Efficacy Scale

CS: centro de salud

EIR: Enfermero Interno Residente

GPC: Guía de Práctica Clínica

IHAN: Hospitales amigos de los niños

LM: lactancia materna

LME: lactancia materna exclusiva

OMS: Organización Mundial de la Salud

RN: recién nacido

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

ZBS: zona básica de salud

1. INTRODUCCIÓN

1.1 El problema

En la actualidad, se conoce la importancia y el papel que desempeña la lactancia materna (LM) en la vida del recién nacido. Muchos estudios demuestran sus beneficios a corto y largo plazo, pero, tras diferentes acontecimientos a lo largo de la historia, su implementación ha ido variando en nuestra sociedad no alcanzando las cifras ideales de mantenimiento de la LM.

Actualmente, sólo el 42% de los lactantes menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva (LME). Si los niños recibieran una LM adecuada, sería posible salvar aproximadamente 820.000 vidas infantiles al año. Un 45% de las muertes totales está asociada a la desnutrición, llegando a cifras totales de 2'7 millones de defunciones ^(1, 2).

Por ello, debe fomentarse la LM y su mantenimiento, y los enfermeros, en concreto los especializados en enfermería pediátrica, juegan un papel de gran importancia en esto. Son los responsables de fomentar y educar a las madres al respecto, de prestarles apoyo emocional y guiarlas en el proceso.

La educación maternal sobre la lactancia materna se puede realizar de muchas formas distintas: en el hospital previa al alta, en sesiones en los centros de salud, mediante asociaciones o en el domicilio, entre otros.

Con este proyecto se pretende favorecer el mantenimiento de la lactancia materna mediante la intervención domiciliaria y contrastar el efecto que tiene frente al modelo tradicional de atención en el centro sanitario.

1.2 Marco teórico

1.2.1 Lactancia materna

1.2.1.1 Antecedentes históricos

La lactancia materna existe desde el inicio de los primeros tiempos alrededor de todo el mundo. Se da desde la Prehistoria, y ya en el 2000 antes de Cristo (a.C) existían recipientes para alimentación con boquilla. Desde tiempos remotos apareció la figura de la nodriza, mujer que amamantaba a los hijos de otras mujeres, normalmente de clase social alta, que no querían dar LM. Con el paso del tiempo esta figura empezó a recibir remuneración y su labor pasó a ser un trabajo.

Existen referencias sobre que en la India, Egipto y Babilonia se daba LM hasta los 3 años y ya desde esta época se consideraba una práctica muy importante. En el Papiro de Ebers, se describen posturas y cuidados para amamantar y las funciones de la nodriza, y en la India, se encontró el primer texto sobre LM de aproximadamente el año 500 a.C. ^(3, 4).

Las “Leyes de Eshnunna” y el “Código de Hammurabi” son los textos babilónicos de los que se dispone como referencias más antiguas, del siglo XIX a.C. En estos textos, se relatan las multas si no se le pagaba lo acordado a la nodriza, y el castigo que se realizaba a la nodriza en caso de que el niño que amamantaba falleciera, respectivamente ⁽⁴⁾.

A pesar de todo ello, la nodriza poco a poco se empezó a convertir en una figura de poder adquisitivo y clase social para aquellos que se podían permitir “contratarla”, y pasó a ser una moda.

En la Edad Media, se produjeron 2 grandes cambios ⁽³⁾:

- Idea de que la lactancia es el mejor alimento para los bebés y más aún si era dado por las propias madres.
- Delegar la función de amamantar a las nodrizas, cuando la propia madre no pudiera hacerlo por diferentes razones, ya sea amamantando o mediante biberones limpios, es decir, se profesionalizó esta práctica.

En España, la profesión de las nodrizas tuvo una importante repercusión en el cuidado de los hijos de la nobleza, las clases altas y la realeza. En las partidas de

Alfonso X el Sabio podemos apreciar las condiciones, físicas y morales, que debían cumplir para ser seleccionadas ⁽⁵⁾.

Contratar nodrizas pasó a ser una práctica tan común que, en el siglo XIX, en Madrid se creó un reglamento para el servicio higiénico y salubridad de estas. Es más, las nodrizas disponían de una libreta que debía estar en vigor para poder desempeñar su trabajo, donde aparecían todas sus contrataciones y despidos.

En el siglo XX tras la Segunda Guerra Mundial, se comenzó a introducir la alimentación complementaria mediante el empleo de leche de otras especies y finalmente introduciendo las fórmulas. Esto junto con la incorporación de la mujer al mundo laboral, fomentó el empleo de los biberones y de la lactancia artificial, por lo que se produjo una caída de la cultura de la lactancia materna ⁽⁴⁾.

Ya en el siglo XXI sabemos que la LM es el alimento más completo para los recién nacidos y que ninguna fórmula es capaz de sustituir sus propiedades y los beneficios que ésta aporta ⁽³⁾.

Por ello, a pesar de haber desaparecido la nodriza, actualmente las mujeres que no puedan amamantar a sus hijos y son recién nacidos en los que está demostrado el beneficio que la LM les supone, disponen de la leche donada de los Bancos de Leche Humana. Estos centros especializados, garantizan la seguridad de esta para que no suponga un riesgo añadido para la salud de los lactantes. En España, esta práctica comenzó en 2001 y cuenta con 13 bancos según la Asociación Española de Pediatría (AEP) ⁽⁶⁾.

1.2.1.2 El proceso de la lactancia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mejor forma de nutrir y alimentar al recién nacido (RN) es mediante la lactancia materna (LM), la cuál sería ideal mantener exclusivamente mínimo hasta los primeros 6 meses de vida. De esta manera se lograría un crecimiento y desarrollo adecuado.

Por ello, podemos definir la lactancia materna como el “proceso mediante el que una madre amamanta o alimenta a su hijo con leche producida por su propio cuerpo”.

La leche materna es irremplazable ya que actúa como barrera, gracias a los anticuerpos que contiene, para proteger tanto al niño como a la propia madre de distintas enfermedades a corto y largo plazo. De forma que se recomienda mantener dicha lactancia hasta los 2 años como mínimo, con alimentación complementaria ^(2, 7).

Esta leche contiene todos los nutrientes necesarios: grasas, proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales, y anticuerpos entre lo más importante. La leche va cambiando la concentración de los nutrientes que le hacen falta al RN en cada etapa de su vida, así podemos diferenciar distintos tipos de leche según estas etapas ^(8, 9):

- Calostro: esta es la primera leche y se produce durante los primeros 2-3 días posteriores al nacimiento. Está enriquecida con anticuerpos para proteger al RN inmunológicamente y a proporcionarle madurez microbiana, es alta en proteínas y baja en grasas. También ayuda a establecer la flora digestiva y a eliminar el meconio.
- Leche de transición: a partir del 4º hasta el 10-15º día tras el nacimiento, presenta mayor contenido en grasa, y también de lactosa y vitaminas. Esta composición le aporta energía al RN y a su vez va aumentando la cantidad de secreción de leche.
- Leche madura: se genera del 10-15º día hasta la finalización de la LM. Aumentan los carbohidratos, la grasa, el aporte calórico y las vitaminas solubles en agua. En esta etapa la concentración de los nutrientes es muy cambiante en función de las necesidades del propio bebé y de factores externos, como pueden ser la temporada del año o la propia alimentación de la madre.

❖ Recomendaciones:

La OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la “Guía de Práctica Clínica de Lactancia” (GPC), proporcionan las recomendaciones que deberían de llevarse a cabo, que son ^(2, 10, 11):

- Realizar el contacto piel con piel inmediatamente después del parto durante los primeros 120 minutos. Durante esto, dejar que el RN agarre el pecho espontáneamente.
- Mantener LM exclusiva hasta los seis meses de vida, a partir de ahí introducir alimentación complementaria.
- Realizarla a demanda, sin horarios establecidos.
- Evitar el uso de chupas, biberones o tetinas durante el primer mes.

- Realizar la correcta postura y agarre.

Para que esto sea posible, la mujer deberá recibir una correcta educación maternal sobre LM. Además, deberá recibir apoyo por parte del profesional que la ayude y oriente en el proceso, así como de su pareja y familia si la tuviera.

❖ Ventajas:

Es de suma importancia por todos los beneficios que aporta, para que los niños puedan tener un adecuado crecimiento, salud y desarrollo. La LM permite mantener bien nutrido y con los aportes mencionados anteriormente, produciendo una disminución del riesgo de padecer enfermedades y disminuyendo también el riesgo de mortalidad.

Esto se debe a que la LM protege de diarreas y neumonías, que son las causas principales de mortalidad infantil, así como reducir el riesgo de muerte súbita del lactante. A largo plazo, también ayuda a que el niño en un futuro tenga menos posibilidades de padecer sobrepeso u obesidad y diabetes mellitus de tipo 2, y reduce el riesgo de que padezca leucemia.

Además de proteger al niño, también ayuda a reducir el riesgo de que la madre sufra cáncer de mama y de ovario, diabetes mellitus tipo 2, y hemorragia y depresión postparto ^(2, 7).

❖ Inconvenientes:

A pesar de que parece que son todo beneficios, hay muchos factores detrás que impiden o dificultan a la madre que pueda llevar a cabo la lactancia materna, como, por ejemplo ^(12, 13):

- Uso de accesorios (ejemplo: chupetes).
- Dolor al lactar.
- Lactancia artificial como complementación.
- Sensación de hipogalactia.
- Sensación de que el RN pasa hambre.
- Incorporación temprana a la vida laboral (tiempo de baja por maternidad).
- Primiparidad.

La mayoría de dichos factores adversos podrían solucionarse con una buena educación, información, apoyo y seguimiento al inicio del proceso, facilitando por parte de los profesionales, todos los recursos disponibles y necesarios a las madres ^(13, 14).

1.2.1.3 Métodos de evaluación de la LM

Una vez identificados los factores adversos que dificultan el proceso de lactancia a la madre y tras haber establecido un buen vínculo enfermero-paciente, se pueden emplear distintas herramientas para medir la efectividad de la LM.

Un recurso muy interesante es la “Escala Latch”. Esta herramienta es útil para prevenir e identificar posibles dificultades o complicaciones, prevenir el abandono y predecir el mantenimiento de la LM. Para ello, dispondremos de los siguientes ítems a valorar del 0 al 2 ⁽¹⁴⁾:

- Postura.
- Agarre del pecho.
- Succión.
- Tipo de pezón.
- Comodidad.

Intentaremos obtener siempre la máxima puntuación, que corresponde a 10, para asegurar que la LM está siendo eficaz, y, por lo tanto, habrá mayor probabilidad de que se mantenga en el tiempo ^(10, 14).

Otro recurso a tener en cuenta es la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna, “Prenatal Breast-feeding Self-efficacy Scale” (BSES-SF). Esta herramienta tiene mucha importancia porque siempre se intentará reforzar la confianza de la mujer, midiendo la percepción sobre el amamantamiento de las propias mujeres para conocer su autoeficacia, que es lo que compone la base de esta herramienta. Originariamente la BSES-SF consta de 33 ítems, pero en su versión abreviada y traducida al español, se quedó con 14 ítems ^(15, 16).

A su vez, existen otros tipos de herramientas, pero enfocados de una manera diferente, entre ellas encontramos ⁽¹⁵⁾:

- Workplace Breastfeeding Support Scale (WBSS): herramienta usada para que las madres puedan medir, bajo su propia percepción, el apoyo que reciben en sus puestos de trabajo sobre la lactancia.
- Supportive Needs of Adolescents Breastfeeding Scale (SNAB): este instrumento permite que las adolescentes midan su percepción sobre el apoyo que les brindan los profesionales sanitarios para el inicio de la LM.

1.2.1.4 Medidas de apoyo internacional

El 21 de mayo de 1981, se adopta el “Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna”. A mediados y finales del siglo XX se advirtió el descenso de la lactancia natural que se estaba produciendo, por lo que a raíz de ese hecho surge este código. El objetivo que tiene es promover la lactancia materna asegurando una nutrición adecuada y segura, y asegurar un correcto uso de los sucedáneos de la leche materna en caso de requerir su uso.

De esta manera, quedó regularizada la información, comercialización, distribución y publicidad de: sucedáneos, fórmulas y otros productos alimenticios destinados a los lactantes. Ayudando así a promocionar y proteger la lactancia materna frente a la artificial o mixta, facilitando información y guiando a la mujer al respecto siempre en beneficio de la nutrición del infante ⁽¹⁷⁾.

En 1990 en la reunión de la OMS y UNICEF de “Lactancia Materna en los 90’s” se produjo y se adoptó una iniciativa mundial. A raíz del Código de Sucedáneos surgió la “Declaración de Innocenti” con la meta de proteger, promocionar y apoyar la Lactancia Materna. Con ella, se pretendía reforzar la “cultura de la lactancia materna”. Todos los gobiernos tuvieron que comprometerse para alcanzar los objetivos establecidos ⁽¹⁸⁾.

A partir de dicha Declaración, crearon la iniciativa “Hospitales amigos de los niños” (IHAN) que se puso en marcha en 1991, para facilitar el proceso y conseguir que se mantenga la LM en el tiempo. Esta iniciativa permitía que los centros sanitarios tuvieran un marco para corregir las prácticas que se llevaban a cabo y tenían una repercusión negativa sobre la LM ⁽¹¹⁾.

Los centros que quieran obtener la acreditación IHAN, que en la actualidad se encuentran en más de 152 países distintos, deberán cumplir con: requisitos establecidos como un 75% de tasa de LME en el momento del alta de la mujer, cumplir con las estrategias previas y aplicar los “Diez pasos para una Lactancia Exitosa”, declaración conjunta de UNICEF y la OMS ^(19, 20).

En 1998 la OMS y UNICEF comenzaron a elaborar la “Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño”, que pretendía ser una “guía de adopción de medidas” para todos los países, pero no fue hasta 2002 cuando se presentó. El propósito que persigue es conseguir mejorar el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, en resumen, la salud de los lactantes y niños pequeños a través de una buena y adecuada alimentación para cada etapa de la infancia ⁽²¹⁾.

A nivel nacional, es de gran importancia nombrar la existencia de los grupos de apoyo, ya que son una parte fundamental, ya que estas asociaciones se basan en actividades para la promoción y el mantenimiento de la LM. De hecho, la AEP recomienda dirigirse a la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (iHAN) para encontrar o formar un grupo de apoyo ⁽²²⁾.

1.2.2 Enfermería pediátrica

1.2.2.1 Antecedentes históricos

En 1986 fue fundada la que es considerada la primera escuela de enfermería en España, la “Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría”, aunque el Título de Enfermería se creó en 1915. Pero no fue hasta el año 1964 cuando aparece la especialidad de enfermería pediátrica ⁽²³⁾.

La enfermería pediátrica surge ante una necesidad de proporcionar unos cuidados destinados especialmente a niños y adolescentes, ya que estos se diferencian mucho de los cuidados prestados a adultos. Uno de los mayores logros a nivel internacional, fue que en 1956 la Organización de las Naciones Unidas creara la “Declaración de los Derechos del Niño”, principios de ayuda a la infancia, como obligación para todos los países ⁽²⁴⁾.

En cuanto a legalidad, no es hasta 1987, mediante el Real Decreto 992/1987, cuando se regula el proceso para adquirir la titulación de enfermero especialista. Aunque posteriormente se producen muchas modificaciones en la formación y su regulación sufre varios cambios, como con la Declaración de Bolonia del 19 de junio de 1999 ⁽²³⁾.

Sin embargo, la situación actual es diferente, ya que en estos tiempos para poder acceder a dicha especialidad hay que hacerlo a través del examen para ser Enfermero Interno Residente (EIR). No es hasta 2010, cuando comienzan a ofertar plazas para la misma, representando en este último EIR 2020 alrededor del 12’85% de las plazas totales, existiendo 188 plazas para enfermería pediátrica de un total de 1.463 plazas ofertadas ⁽²⁵⁾.

1.2.2.2 Figura de la enfermera pediátrica

Dentro de las competencias de la enfermera pediátrica se encuentran ⁽²⁴⁾:

- Establecer una relación profesional-paciente (recién nacido) teniendo en cuenta los factores sociofamiliares, económicos y culturales que le rodean.
- Tener buena comunicación con los profesionales que conforman el equipo sanitario.
- Gestionar, liderar y coordinar los servicios la asistencia prestada de enfermería, asegurando la calidad de los cuidados.
- Valorar de forma contextualizada e integral detectando cualquier posible alteración de la salud.
- Prestar cuidados integrales con ética y moral al recién nacido (RN) y la familia.
- Realizar un informe de continuidad de cuidados, asegurando la adecuada asistencia profesional en el domicilio.
- Dar educación para la salud al paciente.
- Toma de decisiones en el contexto de trabajo en equipo multidisciplinar.

Por tanto, la enfermera pediátrica se enfoca a la promoción y los cuidados de la salud, la prevención de la enfermedad, y la asistencia de forma autónoma en las etapas de recién nacido, la infancia y la adolescencia. Además, la enfermera deberá dar la respuesta adecuada a las diferentes necesidades y coordinar los distintos niveles asistenciales ⁽²⁴⁾.

Gracias a estas competencias, en los primeros días de vida tras el alta hospitalaria, la enfermera podrá acoger al RN sano tanto en la consulta del centro de salud como realizando una visita domiciliaria para su valoración inicial.

Con esto, podrá llevar a cabo una valoración del RN (motilidad, nutrición, higiene, cicatriz del ombligo), aportará educación de salud con toda la información necesaria sobre los cuidados básicos y la fisiología natural del bebé y de LM, y si fuera mediante una visita domiciliaria, además, podría valorar la vivienda y el entorno familiar ⁽²⁶⁾.

En cuanto a esto último, existen modelos de atención en el puerperio en otros países muy interesantes en los que una enfermera realiza visitas domiciliarias durante la primera semana de vida del RN. Con ello, realiza educación de salud a los padres como la anteriormente nombrada, pero la diferencia es que abarca también el seguimiento del puerperio precoz de la madre. De manera que, la madre puede

descansar con su bebé y recibir la primera semana postparto con mayor tranquilidad y receptividad para los procesos que vienen como la lactancia materna ⁽²⁷⁾.

De esta manera, echando la vista atrás desde la antigüedad hasta ahora, se puede ver cómo ha evolucionado tanto la lactancia materna como la figura de enfermera pediátrica, y cómo se han interrelacionado con el paso del tiempo para que el mantenimiento de la lactancia materna se consiga mantener.

Por todo esto, a pesar de la desaparición de la figura de las nodrizas, las enfermeras fueron una figura clave y lo siguen siendo hasta el día de hoy en la promoción de la LM.

1.3 Justificación

Se ha decidido realizar este proyecto debido a la importancia de la LM y sus bajos datos a nivel nacional. En 2018, la UNICEF registró que un 42% de los lactantes menores de 6 meses eran alimentados con LME en todo el mundo ⁽²⁾.

En España no existe un sistema para calcular estos datos, pero, los datos más recientes de los que disponemos según la Asociación Española de Pediatría (AEP) indican que en 2012 la LME hasta los primeros 6 meses rondaba alrededor de un 28,5% ⁽²⁸⁾.

La baja tasa de LME y la existencia de estudios anteriores con resultados pocos concluyentes. Dichos estudios realizados para averiguar el apoyo durante el puerperio ^(29, 30) revelan resultados positivos en cuanto a seguir investigando y realizando estudios para encontrar una evidencia científica, una razón más por la que llevar a cabo este proyecto.

Esto se puede complementar con otros estudios sobre prevalencia y factores asociados a la LM ⁽³¹⁻³³⁾, que recalcan la necesidad de implantar intervenciones para promocionar, proteger e incluso monitorizar la LM con el fin de conseguir un aumento en su prevalencia y mantenimiento.

A la vista de resultados obtenidos en investigaciones anteriores que animan a seguir investigando, este estudio tratará de fortalecer el vínculo profesional-paciente, aportando un mayor apoyo en el proceso de la LM. Buscando como objetivo aumentar el cuerpo de conocimiento enfermero, además de empoderar a la mujer para que

consiga la meta, que, en este caso, es mantener la lactancia materna el mayor tiempo posible mediante una correcta intervención educativa.

1.4 Hipótesis

Para el desarrollo del este proyecto de investigación se partirá de la siguiente hipótesis nula: La intervención de la enfermera en educación maternal durante el puerperio en el domicilio no está relacionada con la duración de la lactancia materna.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo principal

- Estimar el efecto que sobre la duración de la lactancia materna tiene la intervención enfermera en domicilio frente al modelo tradicional en consulta.

1.5.2 Objetivos secundarios

- Analizar el perfil sociodemográfico de las mujeres de la muestra.
- Medir la duración y tipo de lactancia que las mujeres de la muestra dan a sus hijos.
- Valorar el agarre al pecho del neonato durante el estudio.
- Evaluar el grado de autoeficacia con la lactancia materna tienen las mujeres durante el estudio.
- Explorar los motivos de abandono de la lactancia materna.
- Identificar aspectos de mejora en la intervención de la enfermera sobre la lactancia en el puerperio.

2. METODOLOGÍA

2.1 Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en el Centro de Salud (CS) de Adeje, perteneciente al Servicio Canario de Salud. Las estructuras de Atención Primaria (AP) que se encuentran en la Zona Básica de Salud (ZBS) de Adeje son: un CS situado en Adeje y un consultorio local situado en Armeñime ⁽³⁴⁾.

La estructura de AP se basa en la prestación asistencial sanitaria de actividades de protección y promoción de la salud, es por esto, por lo que se ha elegido ámbito de estudio para este proyecto.

El CS de Adeje, contó con los cupos más altos en pediatría en el año 2018 a nivel insular en la isla de Tenerife, exactamente, el cupo máximo de todos los que tiene el CS fue de 1.352 personas. Aunque comparando los datos desde el año 2000 hasta el 2018, la población infantil adscrita, ha sufrido una disminución progresiva a lo largo de los años ⁽³⁵⁾.

Este CS dispone de un grupo de apoyo a la LM, en este caso impartido por la matrona, cada último lunes del mes de 17:30-19:00. Estos grupos de apoyo son totalmente gratuitos y abiertos y es aquí donde se realiza la educación maternal dirigida a la LM del modelo tradicional, una de las partes en las que se centra este estudio ⁽³⁶⁾.

Además, según fuentes administrativas, la tasa de LM al alta en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria en 2019 fue de un 94'81%, representando la LME un 56'32%. Esta misma tasa en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias es del 96%, siendo un 61% LME.

2.2 Tipo de estudio

Se realizará un estudio cuantitativo de intervención pre-post con dos grupos de mujeres y sus respectivos hijos, siendo el grupo control el que acuda al centro de salud para recibir educación maternal sobre la LM, y el grupo intervención el que reciba dicha educación en el domicilio. Las participantes serán asignadas mediante una tabla de aleatorización al grupo de control o al de intervención.

La recopilación de datos e información para el proyecto se realizó mediante una estrategia de búsqueda bibliográfica (Anexo 2) para este estudio. Ello se llevó a cabo mediante tesauros en bases de datos nacionales e internacionales, buscadores científicos, fuentes administrativas, asociaciones e instituciones disponibles a través de Internet, tomando como referencia las siguientes palabras clave: lactancia materna, enfermería pediátrica, educación maternal. Algunos limitadores empleados fueron: textos completos, período de publicación, idioma inglés o español, y de acceso libre.

Los artículos elegidos fueron aquellos que tras una lectura crítica se consideraron adecuados para su inclusión en este estudio. Obteniendo así las fuentes y referencias más fiables para el desarrollo de este.

2.3 Población y muestra del estudio

La población de referencia sobre la que se hará este proyecto, serán aquellas puérperas que sean primíparas y con recién nacidos sanos.

Respecto a los datos más recientes publicados en 2018 indican que se dieron 360 nacimientos en el municipio del ámbito de estudio, y que alrededor de un 96'4% de los habitantes inscritos en el padrón, están adheridos al SCS, se dieron de alta con certeza en dicho centro de salud aproximadamente 347 recién nacidos ^(35, 37).

La Encuesta Nacional Española de Salud realizada en el año 2011-2012 registró una tasa de LME a los 6 meses del 28'5% para todo el país, siendo un 25'7% en la Comunidad Autónoma de Canarias. Por lo que se pretende incrementar esta cifra un 20% mediante la intervención de este proyecto, llegando así a una tasa del 45%.

Teniendo en cuenta el coeficiente de fiabilidad del 95% ($Z_{\alpha}=1,645$), el poder estadístico del 80% ($Z_{\beta}=0,842$), una proporción en el grupo de referencia del 25'7% (p_1) y una proporción en el grupo de intervención del 45% (p_2), se obtendría una muestra de 150 sujetos, de los cuáles en cada grupo estarían 75 sujetos. Al ajustarlo a pérdidas con una proporción esperada del 15% (R), la muestra total que se necesitaría sería de 176 sujetos formando parte de cada grupo 88 de ellos.

Para el cálculo muestral se han empleado las fórmulas siguientes ⁽³⁸⁾:

Comparación de dos proporciones

- n = sujetos necesarios para cada grupo
- Z_{α} = valor del nivel de confianza
- Z_{β} = valor del poder estadístico
- p1 = grupo control
- p2 = grupo intervención
- p = media de las proporciones de p1 y p2

$$p = \frac{p1+p2}{2}$$

$$n = \frac{[Z_{\alpha}*\sqrt{2p(1-p)}+Z_{\beta}*\sqrt{p1(1-p1)+p2(1-p2)}]^2}{(p1-p2)^2}$$

$$p = \frac{25,7+45}{2} = 35,35 \quad n = \frac{[1,645*\sqrt{2*35,35(1-35,35)}+0,842*\sqrt{25,7(1-25,7)+45(1-45)}]^2}{(25,7-45)^2} = 75$$

Muestra ajustada a las pérdidas = n (1 / 1-R)

- n = número de sujetos sin pérdidas
- R = proporción esperada de pérdidas

$$\text{Muestra ajustada a pérdidas} = 75 (1 / 1 - 15) = 88 \text{ sujetos}$$

2.3.1 Criterios de inclusión

Se incluirán a las mujeres primíparas con parto vaginal, mayores de edad, sin barrera idiomática, y con recién nacidos sanos con LME.

2.3.2 Criterios de exclusión

Se excluirán aquellas mujeres que sean múltiparas con cesáreas o resultados perinatales adversos, mujeres menores de edad, que no quieran participar en el estudio, con alteraciones intelectuales, con barrera idiomática, y con recién nacidos pretérminos con LM artificial o mixta.

2.4 Materiales y métodos

Se incluirán las variables que permitan definir el perfil y las características de la muestra sobre la que se va a llevar el estudio. Para ello, se realizará una entrevista semi-estructurada mediante un cuestionario de elaboración propia (Anexo 3) que aborde las variables a estudiar, y se plasmará en un cuaderno de registro de datos para su posterior análisis.

2.4.1 Factores sociodemográficos y culturales

Se estudiarán las siguientes variables para conocer el perfil sociodemográfico de la muestra:

- **La edad** es una variable cuantitativa ordinal (<20 años/21-30 años/31-40 años/40-50 años/50-60 años).
- **El lugar de procedencia** es una variable cualitativa nominal dicotómica (España/Otro país).
- **El nivel de estudios** es una variable cualitativa nominal politómica (sin estudios/primaria/secundaria obligatoria/bachillerato/superiores).
- **El estado civil** es una variable cualitativa nominal politómica (soltera/pareja de hecho/casada/divorciada/viuda).
- **La situación laboral** es una variable cualitativa nominal dicotómica, distribuida, según el estado civil, en:
 - La **mujer**: trabaja/no trabaja.
 - En caso de trabajar, **intención de tiempo de reincorporación** al trabajo como variable cuantitativa ordinal (<1 mes/1-3 meses/3-6 meses/>6 meses).
 - **Interrumpe permiso Maternidad** para incorporación es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
 - Su **pareja** en caso de tenerla: trabaja o no trabaja.
 - En caso de trabajar, **intención de tiempo de reincorporación** al trabajo como variable cuantitativa ordinal (4 semanas/4-8 semanas/8-12 semanas).
 - **Interrumpe Permiso del Progenitor** para incorporación es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).

2.4.2 Factores de estudio

Las variables de estudio que se analizarán serán:

- Mantenimiento de la lactancia:
 - **Lactancia Exclusiva** es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
 - **Lactancia Predominante** es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
 - En caso de finalización de lactancia exclusiva o predominante, indicar el **tiempo de lactancia** como variable cuantitativa ordinal (<1 mes/1-2 meses/2-4 meses/6 meses o más).
 - **Lactancia Materna Mixta** es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
 - **Lactancia Materna Artificial** es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
 - **Alimentación Complementaria** es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
- Factores facilitadores: se estudiarán los posibles factores que ayuden a mantener la LM en el tiempo:
 - **Asiste a grupos de apoyo a la LM** es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
 - **Demanda información en internet** es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
 - **Demanda información en consulta no programada** es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
 - En caso de que la respuesta sea afirmativa, la **consulta no programada** es una variable cualitativa nominal dicotómica (presencial/telefónica).

- **Motivo de consulta** es una variable cualitativa nominal politómica (enfermedad del niño/problema relacionado con LM/otros).
 - **Apoyo familiar en la crianza** (familiar y/o pareja) es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
 - **Información o formación previa en lactancia** (cursos, preparación maternal, ...) es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
 - **Inicia lactancia materna con éxito tras parto** es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
 - **Piel con piel tras el parto** es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
- Factores Inconvenientes: se analizarán los factores posibles de abandono de la LM:
- **Dolor** en la toma es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
 - **Chupete** es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
 - **Sensación** de hipogalactia es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
 - **Sensación de que el RN pasa hambre** es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí/no).
 - **Incorporación a la vida laboral** es una variable cuantitativa ordinal (tras el parto a las 6 semanas/6-10 semanas/10-14 semanas/14-20 semanas/>20 semanas).
 - **Problemas de salud** que interfiera con la LM es una variable cualitativa nominal politómica (infante/madre/ambos/ninguno).
 - En caso de que la respuesta sea infante, madre o ambos, se indicará cuál es la **razón específica** entre las más frecuentes para su posterior categorización en una variable cualitativa politómica.

2.4.3 Herramientas

Para valorar la eficacia de la lactancia, se realizará un cuestionario validado y adaptado al español, que es la “Escala Latch” (Jensey, Wallace y Kelsay, 1994). Esta escala (Anexo 4), consta de 5 ítems que miden variables cualitativas nominales: coger (agarre del pecho), deglución audible (succión), tipo de pezón, comodidad (pecho/pezón) y mantener colocado al pecho (postura). Cada ítem puede ser evaluado con una escala del 0 al 2 de más a menos favorable, siendo 0 la peor puntuación y 2 la mejor. A mayor puntuación mejores resultados, siendo la puntuación máxima al sumar todos los ítems de 10 ⁽¹⁴⁾.

Además, para poder estudiar la variable de autoeficacia materna se realizará un cuestionario validado y adaptado al español que es la BSES-SF. Esta escala (Anexo 5), consta de 14 ítems que abarcan distintas variables cualitativas nominales como: la capacidad de manejar la lactancia, la sensación de comodidad con el proceso o conocer las necesidades del bebé cuando las tiene entre otros aspectos. Se puntúa del 1 al 5, siendo 1 “nada segura”, 2 “no muy segura”, 3 “mitad del tiempo segura”, 4 “bastante segura” y 5 “muy segura”. Cuanto mayor sea la puntuación que obtenga, indicará que mayor nivel de autoconfianza, siendo la puntuación máxima de 70 puntos ⁽¹⁶⁾.

2.4.4 Intervenciones a realizar

- Visita en la primera semana: se recogerán los datos necesarios para abrir la historia del RN (datos familiares, sociales, sobre el embarazo, parto y periodo perinatal), enseñar y valorar los cuidados del RN (higiene, alimentación, patrón del sueño, socialización, signos de alarma), y valorar deposiciones y diuresis. También se realizará el cribado de hipoacusia y el metabólico, así como una evaluación somatométrica (peso, talla, perímetro cefálico, fontanela y percentiles), exploración física y valoración psicomotora. Se evaluará el riesgo de muerte súbita, tabaquismo pasivo y entorno familiar en la medida de lo posible. Al finalizar la consulta se dará tiempo a los padres para que pregunten las dudas que tengan.
- Visita del primer mes: se reevaluarán los factores anteriores (cuidados, somatometría, exploración física, desarrollo psicomotor, riesgo de muerte súbita, tabaquismo, entorno familiar). Se mirarán los resultados de los cribados y los inconvenientes o dudas de los padres. Además, se darán consejos o

recomendaciones como la administración de Vitamina D3 y se aportará información sobre las vacunas.

- Visita del segundo, cuarto y sexto mes: se realizarán todas las actividades anteriores, pero, en estas visitas se administrarán las vacunas correspondientes a cada mes en caso de que los padres estén de acuerdo.

La principal diferencia de la visita con la enfermera en el domicilio frente a la visita en la consulta es que se podrá conocer mejor cómo es el entorno sociofamiliar, se podrán programar las visitas en torno a la hora prevista de la toma del lactante para poder evaluarla, y la madre podrá sentirse más despreocupada al estar en su domicilio.

Además, la mujer que forme parte del grupo de intervención recibirá educación maternal durante el puerperio y apoyo domiciliario semanal durante los primeros dos meses y quincenal hasta el sexto mes, a diferencia del grupo de mujeres que acuden únicamente a consulta.

2.5 Técnica de recogida de datos

Para llevar a cabo el proyecto, una vez dado el alta hospitalaria, en la visita de la primera semana de vida en el CS, es donde se les preguntará a las puérperas si quieren participar en el estudio. Dada la asignación aleatoria al grupo de intervención o control, en caso de que la respuesta para la participación sea favorable, se pasará directamente a explicarles en qué consiste y se pedirá que firmen el consentimiento informado para participar en el mismo (Anexo 6).

Una vez aceptado, se informará a la participante del proyecto los diferentes aspectos que se abordarán y llevarán a cabo durante el estudio. Además, se realizará la entrevista semi-estructurada con las variables sociodemográficas y factores de estudio (Anexo 3). También, se llevará a cabo un pilotaje del estudio con las primeras 10 participantes, 5 del grupo control y 5 del grupo intervención, por si se dieran resultados distintos a los esperados y se pudieran modificar los aspectos necesarios.

Las valoraciones de la eficacia de la lactancia y de la autosuficiencia materna, así como del resto de variables de estudio, se realizarán en las revisiones habituales ya sea en consulta o en el domicilio, según el grupo de estudio al que pertenezca la mujer, que serán al: 1^{er}, 2^o, 4^o y 6^o mes. La encuesta de eficacia de la LM (Anexo 4) será valorada por el entrevistador mediante la observación de cómo realiza la madre el amamantamiento, sin embargo, la encuesta de autoeficacia materna (Anexo 5) se le

entregará a la madre para que la auto cumplimente, en total, todo esto llevará aproximadamente 15-20 minutos.

2.6 Aspectos éticos

De acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la participación en el estudio será voluntaria y con consentimiento previo, así como la mujer tendrá todos sus derechos respetando su dignidad y libertad individual ⁽³⁹⁾.

Mediante lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personal y garantía de los derechos digitales, se asegura que la información y los datos personales serán tratados adecuadamente respetando la intimidad del sujeto que los proporciona. También se aplicará el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la Protección de Datos ⁽⁴⁰⁾.

De esta manera, se asegurará el correcto manejo y protección de los datos proporcionados, destinados únicamente a la presente investigación, y se hará entrega de un consentimiento informado, al sujeto que participe, en el que se recogen estos aspectos (Anexo 6). Además, será solicitado el dictamen favorable del comité ético de investigación y la autorización del área de dirección del CS y gerencias implicadas.

2.7 Análisis estadístico

2.7.1 Análisis descriptivo

Para el estudio de los datos obtenidos de las variables cualitativas se calcularán las frecuencias y los porcentajes. Para las variables cuantitativas, se realizará una tabla de frecuencia representada mediante una gráfica de histograma. Además, se analizarán las medidas de tendencia central (media, mediana y moda), de dispersión, posición y forma para conocer la distribución de datos y saber si se encuentra dentro de la normalidad. Para las distribuciones que no cumplen la normalidad, se emplearán percentiles y rangos para el análisis de los datos.

2.7.2 Análisis inferencial

Para el análisis de las asociaciones entre variables cualitativas nominales se empleará Chi-cuadrado. Cuando una variable sea cuantitativa y otra cualitativa, si sigue una distribución normal, se empleará la prueba t-Student, en caso de que no sea paramétrica, U de Mann-Whitney, y si existieran más de 2 medidas se emplearía ANOVA o Kruskal-Wallis. Para variables cuantitativas se usará la prueba de Pearson.

Para la evaluación de la consistencia interna de las herramientas se empleará el índice Alpha de Cronbach, considerándose valores superiores a 0'7-0'8 adecuados para garantizar la fiabilidad. La magnitud del efecto/impacto de la intervención se medirá mediante el D de Cohen.

Las comparaciones y las asociaciones se considerarán estadísticamente significativas cuando cuyo valor p sea inferior a 0'05. Para analizar todos los datos, se empleará el programa informático IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v26 para Microsoft Windows 10.

2.8 Limitaciones del Estudio

Entre los sesgos más probables que se puedan dar se encuentra el Sesgo de selección dado el carácter voluntario de proyecto, y secundariamente el de muestreo, dificultando la extrapolación de los resultados a la población, por lo que se intentará disminuir la probabilidad aleatorizando la muestra. Además, debido a este carácter, es probable que se produzca el Sesgo de no respuesta por un posible abandono o falta de motivación de las participantes.

Por otra parte, debido al diseño del proyecto puede darse el Sesgo de proximidad por el empleo de herramientas de medida en un intervalo menor a 6 meses ya que los sujetos pueden tender a dar respuestas semejantes a las de cuestionarios anteriores. También se puede dar el Sesgo de procedimiento ya que el grupo de intervención al ser más interesante, puede que produzca un mayor esfuerzo por parte del investigador por conseguir la información que aporta al estudio viéndose beneficiado.

2.9 Cronograma

Este estudio se divide en 9 fases, recogidas en una tabla que distribuye las distintas actividades con la línea temporal en la que se desarrollan, que abarcará desde febrero del 2020 hasta noviembre del 2021 (Ver tabla 1).

- Fase I: Revisión bibliográfica y diseño metodológico.
- Fase II: Preparación de intervenciones.
- Fase III: Solicitud de autorización.
- Fase IV: Captación de muestra.
- Fase V: Realización de pilotaje e intervenciones.
- Fase VI: Informatización de datos.
- Fase VII: Organización y análisis de datos.
- Fase VIII: Redacción de informes.
- Fase IX: Difusión de resultados.

Tabla 1: Cronograma del proyecto.

	2020												2021									
	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
I	■	■	■																			
II			■	■																		
III					■																	
IV						■	■	■	■	■	■	■										
V						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
VI																	■	■	■			
VII																			■	■		
VIII																				■	■	
IX																						■

Fuente: Elaboración propia.

2.10 Presupuesto

Para poder financiar el proyecto, se solicitarán becas públicas y/o privadas, y poder cubrir los gastos que suponen los recursos necesarios (materiales, humanos y otros) siendo un total de 1879,95€ como se describe en la tabla 2:

Tabla 2: Presupuesto del estudio.

Recursos			Precio/Unidad	Precio Total
Recursos materiales	Material no inventariable	Paquete de bolígrafos	0,30€	3€
		Grapas	0,84€	0,84€
		Grapadora	1,76€	1,76€
		Copistería	0,03€	75€
	Material inventariable	Báscula pediátrica	78,65€	78,65€
		Tallímetro pediátrico	29,00€	29,00€
		Fonendoscopio	104,76€	104,76€
		Termómetro	29,99€	29,99€
		Cuaderno	6,95€	6,95€
Recursos humanos	1 estadístico			400€
Otros	Desplazamiento			350€
	Inscripciones a Congresos			400€
	Desplazamiento a Congresos			400€
TOTAL				1879,95€

Fuente: Elaboración propia.

2.11 Resultados Esperados

La lactancia es un proceso esencial en el desarrollo del RN y también para la salud materna, por lo que es necesario fortalecerla aportándole a la mujer todas las herramientas necesarias para que pueda realizarla adecuadamente. Mediante este estudio, se espera que la educación maternal durante el puerperio sea positiva para aumentar la tasa de LME a los seis meses. Brindando apoyo a las mujeres de manera que se refuerce su autoconfianza y puedan afrontar de una manera mejor la lactancia, tal y como se ha dado en otros estudios ⁽²⁹⁾ en los que se aprecia una satisfacción general aumentada gracias a dicho apoyo.

De la misma manera que en otros estudios, cabe la posibilidad de que se produzca un abandono precoz de la LME por los diversos factores inconvenientes como la vuelta al trabajo o la percepción de hipogalactia ^(29, 31, 32).

Con este estudio se pretende demostrar la efectividad de la intervención en el domicilio reflejada en un mayor impacto a la hora de mantener la lactancia en el tiempo, en comparación con la intervención realizada en la consulta de pediatría en el centro de salud. Aumentando así entre otros aspectos la autoeficacia materna y su motivación para evitar el abandono de la LM.

Con los resultados que se obtengan, se determinarán los aspectos relevantes para proponer medidas de intervención en los diferentes centros con el fin de aumentar el porcentaje de LME a los 6 meses con todos los beneficios que ello conlleva. Además, se pretende contribuir a la evidencia científica para poder aportar resultados que sirvan para fortalecer la duración de la LM.

3. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; © 2020 [1 abr 2020; citado 19 mar 2020]. Alimentación del lactante y del niño pequeño; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
2. Keeley B., Little C., Diniz de Oliveira J., Zuehlke E., Sclama G., Vrolijk K. et al. Niños, alimentos y nutrición: Crecer bien en un mundo en transformación. UNICEF [Internet]. Oct 2019 [citado 19 mar 2020]; 69-71. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>
3. Hernández Gamboa E. Genealogía histórica de la lactancia materna. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea]. 2008 [citado 19 mar 2020]; (15). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745761>
4. Rodríguez García R. Nodrizas y Amas de cría. Más allá de la lactancia mercenaria. Dilemata - Rev Intern de Éticas Aplicadas [Internet]. 2017 [citado 29 mar 2020]; (25): 37-48. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6124265>
5. Cabrera Espinosa M. La lactancia como profesión: una mirada al oficio de nodriza. IV Congreso virtual sobre historia de las mujeres [Internet]. Jaén: Asociación de Amigos del Archivo Histórico Diocesano de Jaén; oct 2012 [citado 29 mar 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4716064>
6. Peña Caballero M. ¿Conoces los bancos de leche? [Internet]. Madrid: Comité de lactancia materna de la AEP; 2018 [citado 29 mar 2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201801-bancos-leche.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; © 2020 OMS [Ago 2017; citado 19 mar 2020]. 10 datos sobre la lactancia materna; [aprox. 10 pantallas] Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
8. Morales A., Frausto-González O., de Jesús Bautista A., Bautista C. J. Lactancia materna: Una gota blanca de oportunidades. Rev. Esc. Med. Dr. J. Sierra [Internet]. Sep 2018 [citado 19 mar 2020]; 32(2): 37-41. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335684237_Lactancia_materna_Una_gota_blanca_de_oportunidades/citations
9. La lactancia materna. Información para amamantar. Gobierno de La Rioja [Internet]. 2019 [citado 24 abr 2020]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/f/rs/docs/guia-lactancia.pdf>

10. García Roldán A., Quintana Pantaleón R., Ibarгойen-Roteta N., Fuentes Gutiérrez R. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Ministerio de Sanidad [Internet]. 2017 [citado 19 mar 2020]: 21-24. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/lactancia-materna/>
11. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; © 2020 [citado 19 mar 2020]. Lactancia materna exclusiva; [aprox. 1 pantalla] Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
12. Cabedo R., Manresa J. M., Cambredó. M. V., Montero L., Reyes A., Gol R. et al. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Matronas Prof [Internet]. 2019 [citado 19 mar 2020]; 20(2): 57-60. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2019/05/54-ORIGINAL-TIPOS-LACTANCIA.pdf>
13. 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. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2015 [citado 19 mar 2020]; 29(1): 5-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114002143?via%3Dihub>
14. Báez León C., Blasco Contreras R., Martín Sequeros E., del Pozo Ayuso M. L., Sánchez Conde A. I., Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index Enferm [Internet]. Sep 2008 [citado 19 mar 2020]; 17(3): 205-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300012
15. Santos de França M., Pedrosa Leal L., Pontes Cleide M. Estudios de validación de instrumentos de medición en lactancia materna. Index Enferm [Internet]. Jun 2017 [citado 19 mar 2020]; 26(1-2): 77-81. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100017
16. Llopis Rabout Coudray M., López Osuna C., Durá Rayo M., Richart Martínez M., Oliver Roig A. Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. Matronas Prof [Internet]. 2011 [citado 29 mar 2020]; 12(1): 3-8. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/03-8-art-orig-fiabilidad.pdf>
17. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna [Internet]. Ginebra: OMS; 1981 [citado 29 mar 2020]. Disponible en:

- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42533/9243541609_spa.pdf?ua=1
18. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Internet]. Nueva York: UNICEF; © UNICEF [1990; citado 29 mar 2020]. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html
 19. Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología - Revisión de la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño 2018 [Internet]. Ginebra: OMS y UNICEF; 2019 [citado 29 mar 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326162/9789243513805-spa.pdf?ua=1>
 20. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; © 2020 OMS [Jul 2013; citado 29 mar 2020]. Puesta en práctica de la iniciativa «Hospitales amigos del niño»: fundamentos biológicos, comportamentales y contextuales; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: https://www.who.int/elena/titles/bbc/implementation_bfhi/es/
 21. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Ginebra: OMS y UNICEF; 2003 [citado 29 mar 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42695/9243562215.pdf?sequence=1>
 22. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia [Internet]. Madrid: iHan; iHan Copyright [2020; citado 24 abr 2020]. ¿Qué es iHAN?; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.ihan.es>
 23. Gómez Cantarino S., Gutiérrez de la Cruz S., Espina Jerez B., de Dios Aguado M. M., Pina Queirós P. J., Alves Rodrigues M. Desarrollo formativo de la enfermería española y sus especialidades: desde los albores del s. XX hasta la actualidad. Cultura de los Cuidados [edición digital]. 2018 [citado 19 mar 2020]; 22(52): 60-5. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/85351>
 24. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. BOE [Internet]. Jun 2010 [citado 19 mar 2020]; (157): 57251-72. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1730>
 25. Orden SCB/925/2019, de 30 de agosto, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2019 para el acceso en el año 2020, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y ámbito

- de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. BOE [Internet]. Sep 2019 [citado 19 mar 2020]; (216): 97267-85. Disponible en: <https://fse.mscbs.gob.es/fseweb/view/public/convactual/convocatoriaBOE/convocatoriaBOE.xhtml>
26. García García M. C. Cuidados de Enfermería en el recién nacido sano. Revista Médica Electrónica Portales Médicos [Internet]. May 2016 [citado 19 mar 2020]; XI(9): 392. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-recien-nacido-sano/>
 27. Zondag L., Cadeé F., de Geus M. Midwifery in the Netherlands. KNOV [Internet]. Ene 2017 [citado 20 mar 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2XtLcyu>
 28. Gimeno Navarro A. Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países [Internet]. Madrid: Comité de lactancia materna de la AEP; 2016 [citado 20 mar 2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
 29. Lavender T., Richens Y., Milan S.J., Smyth R.M.D., Dowsell T. Apoyo telefónico para las mujeres durante el embarazo y las seis primeras semanas posparto. Cochrane [en línea]. Jul 2013 [citado 1 abr 2020]; (7). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009338.pub2/full/es>
 30. Balaguer Martínez J.V., Valcarce Pérez I., Esquivel Ojeda J.N., Hernández Gil A., Martín Jiménez M.P., Bernad Albareda M. Telephone support for breastfeeding by primary care: A randomised multicentre trial. An Pediatr [Internet]. Dic 2018 [citado 1 abr 2020]; 89(6): 344-51. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403318301036?via%3Dihub>
 31. Rius J. M., Ortuño J., Rivas C., Maravall M., Calzado M. A., López A., et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. An Pediatr [Internet]. Oct 2013 [citado 03 abr 2020]; 80(1): 6–15. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-factores-asociados-al-abandono-precoz-articulo-S1695403313002385>
 32. Ramiro González M. D., Ortiz Marrón H., Cañedo-Argüelles C. A., Esparza Olcina M. J., Cortés Rico O., Terol Claramonte M., et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. An Pediatr [Internet]. 2018 [citado 03 abr 2020]; 89(1): 32-43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29103921>

33. Oribe M., Lertxundi A., Haizea Begiristain M. B., Santa Marina L., Villar M. 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]. 2014 [citado 03 abr 2020]; 29(1): 4–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25258325>
34. Servicio Canario de Salud [Internet]. Gobierno de Canarias; © Gobierno de Canarias [citado 05 abr 2020]. Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios de canarias; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/RegistroCentros/DoLoad>
35. Servicio Canario de Salud. Memoria Atención Primaria Tenerife 2018. Gobierno de Canarias [Internet]. 2018 [citado 05 abr 2020]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/52d99d93-2896-11ea-b962-e7b985394aea/MEMORIAATENCION%20PRIMARIATENERIFE2018.pdf>
36. Servicio Canario de Salud [Internet]. Gobierno de Canarias; © Gobierno de Canarias [Actualizado may 2019; citado 05 abr 2020]. Grupos de apoyo a la lactancia materna – Tenerife; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/b72559f9-5796-11e9-be66-13e59869ea20/GrupoLM_Tenerife.pdf
37. Instituto Canario de Estadística [Internet]. Gobierno de Canarias; © Gobierno de Canarias [citado 05 abr 2020]. Nacimientos según sexos de los nacidos y municipios por islas de Canarias de residencia de las madres por años; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do?uripx=urn:uuid:7a0b6af5-e89f-42ed-8395-16477beac6a0&uripub=urn:uuid:77ff28fc-e8b2-4544-bcb6-433f2288abed>
38. Fistera [Internet]. Ámsterdam: Elsevier; © 2020 [Actualizado 1 dic 2010; citado 03 jun 2020]. Determinación del tamaño muestral; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.fistera.com/formacion/metodologia-investigacion/determinacion-tamano-muestral/>
39. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE [Internet]. Nov 2002 [citado 05 abr 2020]; (274): 40126-32. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
40. Ley Orgánica 3/2018 del 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personal y garantía de los derechos digitales. BOE [Internet]. Dic 2018 [citado 05 abr 2020]; (294): 119788-857. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/12/06/pdfs/BOE-A-2018-16673.pdf>

4. ANEXOS

Anexo 1: Glosario lingüístico

Alimentación complementaria: alimentos que son sólidos o líquidos distintos a la leche materna o las fórmulas infantiles.

Hipogalactia: disminución de la producción de leche materna de la mujer.

Intervención enfermera: todo tratamiento o acción, basada en la evidencia, que realiza una enfermera para favorecer el resultado esperado en el paciente.

Lactancia exclusiva: lactante que recibe únicamente leche materna como alimento.

Lactancia materna mixta: lactante que recibe leche materna y artificial como alimento.

Lactancia materna artificial: leche de fórmula, habitualmente proveniente de leche de vaca modificada.

Lactancia predominante: leche materna como fuente predominante de alimentación, aunque el lactante puede recibir otros líquidos.

Permiso de maternidad/progenitor: derecho de un/a trabajador/a a un periodo de descanso tras el nacimiento de un hijo/a.

Resultados perinatales adversos: aquellos que ponen en riesgo la salud del neonato.

Visita con la enfermera: revisión o consulta sobre el estado de salud del paciente.

Anexo 2: Estrategia de búsqueda bibliográfica

Estrategia de búsqueda bibliográfica					
Base de datos	Ecuación de búsqueda	Art. encontrados	Art. limitados	Artículos seleccionados	Límites
Cochrane	"lactancia materna"	70	65	2	2010
Cochrane	"lactancia materna" AND "mantenimiento"	2		0	Ninguno
PubMed	"lactancia materna"	61	59	2	2010
PubMed	"enfermería" AND "educación" AND "maternal"	29		0	Ninguno
PubMed	"educación" AND "lactancia"	6		0	Ninguno
Dialnet	"promoción" AND "lactancia materna"	131	32	1	Año 2017
Dialnet	"histori*" AND "lactancia materna"	136		3	Ninguno
Dialnet	"nodrizas" AND "lactancia"	48		4	Ninguno
GuíaSalud	"lactancia materna"	2		1	Ninguno
SciELO	"evaluación" AND "lactancia materna"	69		2	Español
SciELO	"duración" AND "lactancia materna"	116		2	Español
Dialnet	"tipos" AND "factores" AND "lactancia materna"	39		1	2017
Páginas Web					
AEPED.es – Asociación Española de Pediatría					
BOE.es - Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado					
Ihan.es – Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia					
Ministerio de Sanidad – Gobierno de España					
Riojasalud.es – Gobierno de La Rioja					
Servicio Canario de Salud – Gobierno de España					
UNICEF.es – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia					
WHO.int – Organización Mundial de la Salud					
Fuentes administrativas de la gerencia del Complejo Hospital Universitario de Canarias					
Fuentes administrativas de la gerencia del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria					

Anexo 3: Cuaderno de registro de datos

CÓDIGO IDENTIFICACIÓN: _____ FECHA: ____ / ____ / _____

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1. Edad de la usuaria:
 - a) <20 años
 - b) 21-30 años
 - c) 31-40 años
 - d) 40-50 años
 - e) >50 años
2. Lugar de procedencia: España / Otro país
3. Nivel de estudios:
 - a) Sin estudios
 - b) Primaria
 - c) Secundaria obligatoria
 - d) Bachillerato
 - e) Superiores
4. Estado civil:
 - a) Soltera
 - b) Pareja de hecho
 - c) Casada
 - d) Divorciada
 - e) Viuda
5. Situación laboral:
 - a) Mujer: Trabaja/No trabaja
 - i. En caso afirmativo, intención de tiempo de reincorporación:
<1 mes / 1-3 meses / 3-6 meses / >6 meses
 - ii. Interrupción del permiso de maternidad para reincorporación:
Sí / No
 - b) Pareja: Trabaja/No trabaja
 - i. En caso afirmativo, intención de tiempo de reincorporación:
4 semanas / 4-8 semanas / 8-12 semanas
 - ii. Interrupción del permiso del progenitor para reincorporación:
Sí / No

MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA

1. Lactancia Exclusiva: Sí / No
2. Lactancia Predominante: Sí / No
 - En caso de finalización de las anteriores, indicar tiempo de lactancia:
<1 mes / 1-2 meses / 2-4 meses / >6 meses

3. Lactancia Mixta: Sí / No
4. Lactancia Artificial: Sí / No
5. Alimentación complementaria: Sí / No

FACTORES FACILITADORES

1. Asiste a grupos de Apoyo a la LM:
Sí / No
2. Demanda información en internet:
Sí / No
3. Demanda información en consulta no programada: Sí / No
 - a) En caso afirmativo:
Presencial / Telefónica
 - b) Motivo de consulta:
Enfermedad del niño / Problema con la LM / Otros
4. Apoyo familiar en la crianza (familiar y/o pareja): Sí / No
5. Información o formación previa en lactancia:
Sí / No
6. Inicia lactancia Materna con éxito tras parto:
Sí / No
7. Piel con piel tras el parto:
Sí / No

FACTORES INCONVENIENTES

1. Dolor en la toma:
Sí / No
2. Uso de chupete:
Sí / No
3. Sensación de hipogalactia:
Sí / No
4. Sensación de que el RN pasa hambre:
Sí / No
5. Incorporación temprana a la vida laboral:
6 semanas / 6-10 semanas / 10-14 semanas / 14-20 semanas / >20 semanas
6. Problemas de salud que interfiera con la LM:
Infante / Madre / Ambos / Ninguno
 - En caso de que la respuesta sea infante, madre o ambos, especificar motivo:

Anexo 4: Versión en español de la escala LATCH

CÓDIGO IDENTIFICACIÓN: _____ FECHA: ____ / ____ / _____

	0	1	2
Coger (agarre)	<ul style="list-style-type: none"> - Demasiado dormido - No se coge al pecho 	<ul style="list-style-type: none"> - Repetido intentos de cogerse - Mantiene pezón en la boca - Llega a succionar 	<ul style="list-style-type: none"> - Agarra el pecho - Lengua debajo - Labios que ajustan - Succión rítmica
Deglución audible	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna 	<ul style="list-style-type: none"> - Un poco si se le estimula 	<ul style="list-style-type: none"> - Espontáneo e intermitente si menos 24h de vida - Espontáneo y frecuente si mayor de 24h de vida
Tipo de pezón	<ul style="list-style-type: none"> - Invertidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Planos 	<ul style="list-style-type: none"> - Evertidos tras estimulación
Comodidad, confort	<ul style="list-style-type: none"> - Ingurgitadas - Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes - Disconfort, dolor severo 	<ul style="list-style-type: none"> - Mama llenas (cargadas) - Pezón enrojecido, pequeñas ampollas o rozaduras - Disconfort, dolor medio o moderado 	<ul style="list-style-type: none"> - Mamas blandas - No dolor
Colocación del pecho	<ul style="list-style-type: none"> - Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mínima ayuda (colocar una almohada) - Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro - El personal lo coloca y luego la madre sigue 	<ul style="list-style-type: none"> - No es necesaria ayuda del personal - La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

Anexo 5: Versión en español de la escala de Autoeficacia Materna

CÓDIGO IDENTIFICACIÓN: _____ **FECHA:** ____ / ____ / _____

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

1 = Nada segura

2 = No muy segura

3 = Mitad del tiempo segura

4 = Bastante segura

5 = Siempre segura

Anexo 6: Consentimiento informado

“Eficacia de la intervención enfermera en educación maternal durante el puerperio frente al modelo tradicional”

INVESTIGADORA PRINCIPAL

Yo, Alexandra Victoria Chico Dobroslavskaia, estudiante de 4º grado de Enfermería, quiero llevar a cabo un estudio que ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica, y tutorizado por D. Felipe Santiago Fernández Méndez, con el que se pretende evaluar el efecto que sobre el mantenimiento de la lactancia materna tiene la intervención enfermera en domicilio frente al modelo tradicional en consulta.

ÁMBITO DE ESTUDIO: Atención Primaria, Centro de Salud de Adeje

INTRODUCCIÓN

Mediante la presente información se invita a participar en esta investigación que ha sido aprobada por el Comité Ético de Investigación Clínica y las gerencias correspondientes. Llevando a cabo una lectura de este documento y aclarando con la investigadora todas las cuestiones que se den.

PARTICIPACIÓN

Se quiere recalcar que su participación en este estudio es totalmente voluntaria, pudiendo en cualquier momento decidir dejar de participar sin ningún perjuicio y sin tener que dar una justificación por ello.

DESCRIPCIÓN GENERAL

El objetivo de esta investigación es medir el efecto de la intervención enfermera en educación maternal durante el puerperio para el mantenimiento de la lactancia materna. Consta de una entrevista semi-estructurada en la que se obtendrán datos sociodemográficos y de los factores a estudiar, así como un cuestionario sobre la eficacia de la lactancia materna y otro sobre la autoeficacia al respecto de la lactancia. Se realizarán las revisiones habituales con dichos cuestionarios, lo cual requerirá de aproximadamente 15-20 minutos en total.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información recogida mediante los cuestionarios será tratada adecuadamente, manteniendo la confidencialidad y protección de datos regulada por la “Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica” y la “Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personal y garantía de los derechos digitales”. También se aplicará el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la Protección de Datos.

Únicamente el investigador y su equipo de colaboradores, el Comité Ético de Investigación y las Autoridades Sanitarias, serán quienes tengan acceso a los datos mediante una codificación en caso de necesitar ser comprobados.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Conforme a la ley, se deberá firmar este documento de consentimiento informado con fecha para poder participar.

En caso de tener cualquier duda relacionada con el estudio durante el mismo, podrá ponerse en contacto con la investigadora principal *Alexandra Victoria Chico Dobroslavskaia*. Correo electrónico: alu0101028910@ull.edu.es

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

(Usuaría: Nombre, Apellidos)

- He leído el presente documento de información.
- He podido resolver las dudas sobre el estudio.
- He recibido toda la información correspondiente.

He hablado con:

(Nombre de la investigador/a / Colaborador/a)

Entiendo que la participación en el estudio es voluntaria pudiendo abandonar:

- En cualquier momento.
- Sin tener que justificarlo.
- Sin repercusiones.

Acepto participar en el presente estudio dando mi consentimiento para acceder y utilizar mis datos en las condiciones previamente descritas en este documento.

Usuaría

Nombre:

Fecha:

Firma:

Investigador/a / Colaborador/a

Nombre:

Fecha:

Firma: