

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Impacto de la educación maternal en
la lactancia materna hasta los 6 meses
de vida: estudio de cohortes

Alumna: Zarco Correas, María Teresa

Tutora: García Rubio, Ana

Cotutor: Quesada Rico, José Antonio

**Máster Universitario de Investigación en Atención
Primaria Curso: 2025-2026**

ANEXO COIR:

Nombre del tutor/a:	Ana García Rubio
Nombre del estudiante:	María Teresa Zarco Correas
Tipo de actividad:	2. Sin implicaciones ético-legales
2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Impacto de la educación maternal en la lactancia materna hasta los 6 meses de vida: estudio de cohortes.
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional:	260331050549
Código de autorización COIR	TFM.MPA.AGR.MTZC.260331
Caducidad	2 años

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud preconiza la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses; no obstante, las tasas de abandono temprano persisten elevadas. La evidencia científica sugiere que el éxito de la lactancia no solo está supeditado a factores biológicos, sino también a determinantes psicológicos susceptibles de modificación, como la autoeficacia y la satisfacción materna. La educación maternal prenatal emerge como una intervención comunitaria de carácter estratégico; sin embargo, resulta imperativo evaluar su impacto real en la seguridad percibida por la madre y en la persistencia del amamantamiento a largo plazo en nuestro contexto local.

Objetivo: Determinar si la asistencia a intervenciones comunitarias de educación maternal impartidas por matronas en Atención Primaria se asocia con una menor tasa de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses.

Metodología: Estudio observacional, analítico y prospectivo de cohortes. Se reclutarán dos grupos de gestantes: uno expuesto a un programa de educación maternal y un grupo control no expuesto. Se emplearán la escala validada BSES-SF al cuarto día posparto para evaluar la confianza materna, así como MBFES-E para conocer el nivel de satisfacción materna. Se realizará un seguimiento longitudinal a los 6 meses para cuantificar la tasa de abandono.

Aplicabilidad y utilidad práctica: De confirmarse las hipótesis, este estudio proporcionará la base científica para protocolizar el uso de escalas de confianza en la práctica clínica habitual. Asimismo, permitirá reforzar los programas de educación prenatal liderados por la matrona como una estrategia coste-efectiva esencial para mejorar los indicadores de salud materno-infantil y alcanzar las metas internacionales de salud pública.

Palabras clave: Lactancia Materna; Educación Prenatal; Matrona; Cuidado prenatal; Atención Primaria.

Abstract

Introduction: The World Health Organization recommends exclusive breastfeeding for the first six months; however, early cessation rates remain high. Scientific evidence suggests that breastfeeding success depends not only on biological factors but also on modifiable psychological determinants, such as maternal self-efficacy and satisfaction. Prenatal maternal education is emerging as a strategic community intervention; however, it is imperative to evaluate its real impact on the mother's perceived safety and on long-term breastfeeding persistence in our local context.

Objective: To determine whether attendance at community-based maternal education interventions delivered by midwives in Primary Care is associated with a lower rate of exclusive breastfeeding cessation before six months.

Methods: Observational, analytical, and prospective cohort study. Two groups of pregnant women will be recruited: one exposed to a maternal education program and a control group not exposed. The validated BSES-SF scale will be used on the fourth postpartum day to assess maternal confidence, and the MBFES-E to determine maternal satisfaction. A longitudinal follow-up will be conducted at 6 months to quantify the discontinuation rate.

Applicability: If the hypotheses are confirmed, this study will provide the scientific basis for standardizing the use of confidence scales in routine clinical practice. It will also strengthen midwife-led prenatal education programs as an essential cost-effective strategy for improving maternal and child health indicators and achieving international public health goals.

Keywords: Breastfeeding; Prenatal care; Prenatal information; Midwife; Primary Health Care.

INDICE

1. Pregunta de investigación.....	5
2. Pregunta en formato PICO.....	5
3. Antecedentes y estado actual del tema.....	5
4. Justificación del estudio.....	8
5. Hipótesis.....	9
6. Objetivos de la intervención.....	9
7. Metodología.....	10
7.1. Tipo de diseño.....	10
7.2. Población diana y población a estudio.....	10
7.3. Criterios de inclusión y de exclusión.....	11
7.4. Cálculo del tamaño de la muestra.....	11
7.5. Método de muestreo.....	12
7.6. Método de recogida de datos.....	12
7.7. Variables: definición, categoría y unidades.....	13
7.8. Descripción de la intervención.....	15
7.9. Descripción del seguimiento.....	16
7.10. Análisis estadístico.....	17
8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados si se cumple la hipótesis.....	17
9. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	19
10. Limitaciones y sesgos. Métodos utilizados para minimizarlos.....	20
11. Aspectos éticos de la investigación.....	21
12. Calendario y cronograma previsto para el estudio.....	22
13. Personal que participará en el estudio y su responsabilidad.....	23
14. Instalaciones e instrumentación.....	24
15. Presupuesto.....	24
16. Bibliografía.....	25
17. Anexos.....	30

1. Pregunta de investigación

En mujeres gestantes atendidas en atención primaria, ¿la asistencia a intervenciones comunitarias sobre educación maternal impartidas por matronas, frente a la no asistencia a dichas actividades, se asocia a una menor tasa de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses?

2. Pregunta en formato PICO

Para analizar esta relación, se formula la siguiente pregunta de investigación bajo el formato PICO:

- Población (P): Mujeres gestantes y puérperas atendidas en el ámbito de atención primaria.
- Intervención (I): Educación maternal impartida por matronas en Centros de Salud.
- Comparación (C): Atención habitual, ausencia de educación maternal o programas educativos no estandarizados.
- Resultados/Outcomes (O): Tasa de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses postparto.

3. Antecedentes y estado actual del tema

La lactancia materna exclusiva (LME), entendida como la alimentación del bebé solo con leche materna durante sus primeros seis meses de vida, sin añadir agua ni otros alimentos, es la intervención preventiva que puede generar el mayor efecto en la reducción de la mortalidad infantil (1). Además, es un líquido vivo cuya composición va evolucionando a lo largo del tiempo, y es capaz de adaptarse a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste se va desarrollando (2).

La Organización mundial de la salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia consideran la LME una estrategia fundamental para contribuir a mejorar la salud materno-infantil, el desarrollo y la equidad (3). Dichas organizaciones aconsejan iniciar la LME desde la primera hora de vida, después del nacimiento y mantenerla hasta los seis meses de edad.

Posteriormente, se deben incorporar alimentos complementarios adecuados y nutritivos, continuando esta práctica hasta los dos años o más siempre que mamá y recién nacido así lo deseen (4).

No obstante, a pesar del creciente respaldo científico, las tasas globales de LME apenas han aumentado en las últimas dos décadas. En la mayoría de los países, la proporción de LME en menores de seis meses se mantiene muy por debajo del 50 %, objetivo establecido por la Asamblea Mundial de la Salud para 2025, y tanto países ricos como pobres muestran escasos avances hacia esta meta (6).

En los países de ingresos medios y altos, la corta duración de la lactancia representa un problema relevante, puesto que menos de uno de cada cinco niños continúa siendo amamantado durante el primer año de vida (7). Esta práctica constituye uno de los pocos comportamientos saludables cuya prevalencia es mayor en países pobres que en los ricos; además, en los países de ingresos bajos y medios, las mujeres con menos recursos tienden a amamantar durante más tiempo que las de mayor nivel socioeconómico. Este patrón contribuye a reducir las desigualdades en salud entre niños ricos y pobres en estos contextos, brechas que serían aún mayores en ausencia de la LME. En contraste, en los países de altos ingresos se observa el patrón inverso, con tasas más elevadas de lactancia entre mujeres con mayor nivel educativo y económico (6).

En España, al igual que en muchos países occidentales, se han elaborado numerosas guías y documentos sobre el tema, pero su impacto ha sido limitado, a pesar del notable cambio social y cultural a favor de la lactancia en los últimos años. A modo de ejemplo, la última Encuesta Nacional de Salud 2023 (EsDE) indica que la LME era el método de alimentación en el 75 % de los bebés durante las primeras seis semanas de vida, porcentaje que disminuye al 65.7 % a los tres meses y al 47% a los seis meses (9). Estudios previos en España muestran una drástica caída de la LME entre el inicio y los seis meses, pasando en Madrid del 77,6% al 25,4% y en el País Vasco del 84,8% al 15,4% (10).

Diversos autores han indicado que el inicio y la continuidad de la LME dependen de un conjunto de factores, y no solo de la atención sanitaria sino

también intención de amamantar, el nivel de confianza en la lactancia materna (LM), el grado de adaptación a su estilo de vida y la satisfacción y disfrute alcanzados durante este proceso. No obstante, son escasos los estudios que analizan cómo las mujeres perciben la LM, cuáles son sus motivaciones y vivencias, y qué barreras sociales y laborales encuentran que dificultan su mantenimiento (11).

Un componente importante para el mantenimiento y la exclusividad del amamantamiento es la autoeficacia materna en LM. Este término hace referencia al grado de confianza que tiene una madre en su capacidad para amamantar a su hijo, su estado emocional y sus instintos maternos.

En este sentido, la percepción elevada de esta autoeficacia resulta determinante para mantener la lactancia materna (LM) en el tiempo tan beneficiosa tanto para la salud materna como infantil. Sin embargo, existen factores tanto físicos como emocionales que afectan negativamente la confianza y la capacidad de amamantar (15).

La autoeficacia se considera un indicador relevante del riesgo de abandono temprano de LME y diversos estudios han demostrado que esta cualidad es susceptible de modificación y que las intervenciones dirigidas a fortalecerla se asocian con un aumento tanto en la duración como en la exclusividad de la LME. (20) (15).

Una de las principales herramientas prenatales con las que contamos las matronas en el ámbito de la atención primaria (AP) es la educación maternal (EM) grupal. Es una práctica extendida en los últimos años por su relación positiva con la experiencia vital que supone el embarazo, el parto y posparto. La guía americana para el cuidado perinatal afirma que se debe proponer la participación de tanto las embarazadas como a sus familias (16).

El propósito de esta estrategia formativa es dotar a las mujeres de los conocimientos, habilidades, y recursos necesarios para afrontar los posibles desafíos del embarazo, el parto y el posparto, incluyendo la LM, con el fin de proteger tanto su bienestar como el de sus hijos y desde una perspectiva salutogénica y comunitaria. Estas intervenciones pueden mejorar la percepción

materna, promover una preparación adecuada para cada etapa y facilitar una vivencia más positiva y eficaz del proceso (15).

La etapa prenatal es un periodo clave para la promoción de la LM. La evidencia científica indica que cuando la decisión de amamantar se establece antes del nacimiento, las probabilidades de mantener una LM exitosa en el posparto aumentan de manera significativa (13).

4. Justificación del estudio

Ante las actuales tasas de LME, que apenas han experimentado incrementos significativos en las últimas décadas, y considerando que la proporción de LME en menores de seis meses continúa situándose por debajo del 50% (6), resulta imprescindible profundizar en el análisis de los factores que condicionan tanto el inicio como la continuidad de esta práctica. En este contexto, identificar elementos modificables que favorezcan el mantenimiento de esta práctica se convierte en una prioridad para la salud pública.

El amamantamiento constituye un verdadero desafío sanitario que requiere un cambio social y cultural. En pocos escenarios de la atención a la salud se evidencian con tanta claridad los prejuicios, creencias y construcciones personales como en el parto y el proceso de LM, lo que puede influir de forma determinante en la experiencia materna y en la toma de decisiones. Por ello, resulta fundamental desarrollar estrategias educativas eficaces y basadas en la evidencia, que no solo proporcionen información, sino que también contribuyan al fortalecimiento de la autoeficacia materna en lactancia y favorezcan la consolidación de una auténtica “cultura de lactancia” dentro de la comunidad (11).

En este sentido, la autoeficacia materna en LM representa un factor clave, dado que se relaciona estrechamente con la confianza de la madre en su capacidad para amamantar y con su persistencia ante posibles dificultades. La valoración y el acompañamiento de las madres durante este proceso son esenciales, ya que, si no se sienten seguras y satisfechas, aumenta el riesgo de abandono precoz de la LME, limitando así la posibilidad de alcanzar los

beneficios ampliamente descritos tanto para la madre como para el recién nacido, así como para la sociedad (11) (13).

Esta necesidad de apoyo continuado se ve reforzada por las iniciativas internacionales actuales. La campaña OMS de este año, bajo el lema “Comienzos saludables, futuros esperanzadores”, destaca la importancia de que los sistemas sanitarios garanticen un acompañamiento sostenido a madres y bebés, subrayando además la relación entre la LME, la protección del medio ambiente y la acción climática. Del mismo modo, en la 78.^a Asamblea Mundial de la Salud, los Estados miembros aprobaron una resolución orientada a aumentar el objetivo de LME hasta el 60% y ampliar el plazo de cumplimiento hasta el año 2030 (18) (3).

A partir de las conclusiones obtenidas en la literatura revisada, el presente proyecto de investigación tiene como finalidad determinar si la asistencia a las sesiones de preparación al parto en AP actúa como un factor protector frente al cese prematuro de la LM antes de los 6 meses. Dado que la autoeficacia es un factor modificable y especialmente relevante, su fortalecimiento mediante intervenciones educativas estructuradas podría contribuir a prevenir el abandono precoz de la LME. Asimismo, los resultados permitirán generar evidencia útil para el diseño y la optimización de estrategias educativas dirigidas a incrementar las tasas de LME, reforzando el papel de la AP como eje fundamental en su promoción, apoyo y mantenimiento.

5. Hipótesis

Las mujeres gestantes atendidas en AP que asisten a intervenciones comunitarias de EM impartidas por matronas, presentan una menor tasa de abandono de la LME antes de los 6 meses, en comparación con aquellas que no asisten a dichas actividades.

6. Objetivos de la investigación

- **Objetivo general:** Determinar si la asistencia a intervenciones comunitarias de EM impartidas por matronas en AP se asocia con una menor tasa de abandono de la LME antes de los seis meses.

- **Objetivos específicos**

1. Describir las características sociodemográficas de las madres participantes en el estudio.
2. Determinar el nivel de autoeficacia en LME en el posparto tras la presencia o ausencia a la EM utilizando el cuestionario Breastfeeding Self-efficacy Scale-Short Form (BSES-SF).
3. Comparar el nivel de satisfacción con la LME a través de la escala Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES-S) en el posparto entre las mujeres que asistieron a EM prenatal y las que no asistieron.
4. Comparar el riesgo de abandono a la LME a través del nivel de autoeficacia en LM y el nivel de satisfacción materna con la lactancia en el posparto.
5. Valorar el grado de satisfacción de la EM con un cuestionario de satisfacción.

7. Materiales y métodos

Para ser sistemática en el desarrollo de la metodología del presente diseño de proyecto de investigación, se han seguido los sucesivos apartados que figuran recomendados en la guía STROBE para estudios observacionales (25).

7.1. Diseño de estudio

Este proyecto de investigación plantea un estudio observacional analítico de cohorte prospectiva, en el que se aplica una intervención comunitaria como es la EM en una muestra extraída a partir de una población a estudio. Por tanto, se conformarán dos cohortes, una de ellas será la expuesta, formada por mujeres gestantes que asisten a la intervención comunitaria y la otra será la no expuesta, compuesta por mujeres que no asisten a dicha actividad.

7.2. Población diana y población a estudio

La población diana son mujeres gestantes del Centro de Salud Cartagena Este, del Área II, perteneciente al Servicio Murciano de Salud (SMS). La población seleccionada para estudio se trataría de mujeres gestantes atendidas en dicho Centro de Salud que van a cursar un embarazo durante el periodo de

estudio, asistiendo o no a la EM prenatal y que se encuentren en el puerperio en el momento de la recogida de datos.

7.3. Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

- Mujeres gestantes con seguimiento prenatal en el Centro de Salud. Cartagena Este durante su embarazo.
- Mujeres con gestación única.
- Mujeres primigestas.
- Parto a término (≥ 37 semanas de gestación).
- Parto eutócico.
- Comprensión suficiente del español para poder responder adecuadamente a los cuestionarios.
- Inicio de LME en el puerperio inmediato o clínico.

Criterios de exclusión:

- Complicaciones o patologías neonatales graves que impidan o contraindiquen la LME.
- Pérdida gestacional, muerte fetal o neonatal (por imposibilidad ética/metodológica de evaluar LME).
- Mujeres que no desean LME.

7.4. Cálculo del tamaño de la muestra

Empleando el 47% como valor de incidencia estimado en LME a los seis meses entre mujeres gestantes, dato aportado por la ESdE, se lleva a cabo un cálculo del tamaño muestral para el presente proyecto.

Se trabajaría con el programa GRANMO, el cual objetiva que, para una población de tamaño aún no conocido, aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un poder estadístico superior a 0,8 en un contraste bilateral se precisarían 460 sujetos en el primer grupo y 460 en el segundo, para detectar como estadísticamente significativa la diferencia entre dos proporciones, que para el grupo no expuesto, el cual no desea asistir a la EM prenatal, se espera

sea de 0,47 y el grupo expuesto, es decir, las gestantes que deciden acudir a la intervención, de 0,57. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 15%.

7.5. Método de muestreo

Se llevaría a cabo un muestreo no probabilístico consecutivo del total perteneciente al Centro de Salud, que cumplan los criterios de elegibilidad establecidos y, acepten participar en el estudio durante el periodo programado. Con el fin de reducir el sesgo de selección, todas las gestantes elegibles serán invitadas a participar independientemente de su intención de asistir a EM o no.

Posteriormente, las participantes se clasificarán en función de su asistencia o no al programa de EM prenatal.

7.6. Método de recogida de datos: entrevista, examen físico, cuestionarios (incluirlos como anexos), pruebas complementarias u otros

Una vez llegado el cuarto día posparto, durante la visita puerperal, se medirá el abandono de LME antes de los 6 meses a través de un formulario de registro ad hoc diseñado para este fin (ANEXO I). La veracidad del dato se constatará a través de la triangulación de la historia clínica informatizada (OMI-AP), revisando los registros de las visitas de "Programa de Salud Infantil" de AP del SMS y el seguimiento telefónico estructurado en los 15 días del nacimiento, así como los meses 2, 4 y 6 del posparto.

En cuanto a la variable autoeficacia en LM, será medida a través de la escala BSES-SF (Anexo II), validada al castellano en población española por Oliver-Roig et al. 2012 con un Alfa de Cronbach de 0,92. Se trata de una escala auto aplicada que consta de 14 ítems redactados en forma de afirmaciones positivas. Está diseñada bajo un modelo unidimensional, lo que significa que todos los ítems miden un único constructo: la confianza de la madre en su capacidad para amamantar. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, donde: 1 = Nada segura y 5 = Siempre segura. La puntuación total se obtiene mediante el sumatorio de todos los ítems, con un rango que

oscila entre un mínimo de 14 puntos y un máximo de 70 puntos. Una puntuación más alta indica una mayor autoeficacia percibida.

La variable satisfacción con la LME será medida a través del cuestionario MBFES-S, validada al castellano por Piñeiro-Albero et al. en 2022 (Anexo III). Este cuestionario ha demostrado una excelente consistencia interna con un Alfa de Cronbach de 0,92, garantizando su fiabilidad para la práctica clínica. El instrumento está compuesto por 30 ítems diseñados para evaluar la experiencia subjetiva de la madre desde una perspectiva multidimensional. El formato de respuesta consiste en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 1 corresponde a "Totalmente en desacuerdo" y 5 a "Totalmente de acuerdo".

Con el objetivo de conocer la satisfacción de la intervención comunitaria, al final de la última sesión impartida, se dará un cuestionario ad hoc para conocer las opiniones de las mujeres (Anexo IV).

Por último, se pasará un cuestionario ad hoc diseñado para explorar las variables sociodemográficas (Anexo X).

7.7. Variables: definición de las variables, categorías, unidades

A continuación, se presentan las variables en la siguiente tabla 1.

Tabla 1: variables principales y secundarias

Variable	Tipo variable	Definición	Medición
Abandono de LME	Cualitativa nominal dicotómica (SI/NO)	Cese de LME o introducción de fórmula/alimentos antes de los 6 meses.	Formulario Ad hoc
Asistencia a la intervención comunitaria	Cualitativa dicotómica (SI/NO)	Asistencia al Programa de EM impartido por matronas en el Centro de Salud. Expuesto: ≥ 4 sesiones Grupo No Expuesto: < 4 sesiones	Pase de lista

Autoeficacia en LM	Cualitativa nominal dicotómica:	Percepción de la madre sobre sus propias habilidades para amamantar satisfactoriamente. Baja autoeficacia: ≤ 50 puntos Alta autoeficacia: >50 puntos	Cuestionario BSES-SF
Satisfacción en LM	Cuantitativa continua	Nivel de satisfacción subjetiva de la madre con la experiencia de la LM.	Cuestionario MBFES-E
Satisfacción con la intervención	Cualitativa ordinal	Valoración subjetiva de la madre sobre el Programa de EM.	Cuestionario Ad hoc

Fuente: elaboración propia

A continuación, se presentan las variables sociodemográficas

Tabla 2: variables sociodemográficas

Variable	Tipo variable	Categorías
Nivel de estudios	Cualitativa ordinal	• Primarios o inferiores • Secundarios o superiores
Edad materna	Cualitativa ordinal	• Adolescente: ≤ 19 años • Edad media: 20-34 años • Edad materna avanzada: ≥ 35 años
Situación laboral	Cualitativa nominal	• Activa • Desempleo • Estudiante • Ama de casa
Apoyo percibido	Cualitativa dicotómica	• Sí (red de apoyo) • No (no apoyo)

Estado civil	Cualitativa nominal	• Casada/pareja de hecho • Divorciada/separada/viuda • Soltera
--------------	---------------------	--

Fuente: elaboración propia

7.8. Descripción de la intervención

La intervención consistirá en un programa grupal de EM prenatal estructurado en cuatro sesiones presenciales, con una periodicidad semanal y una duración de 90 minutos por sesión (miércoles de 11:00 a 12:30 h), desarrolladas en el aula de formación del Centro de Salud.

La recogida de datos comenzará durante la primera visita de embarazo, momento en el que se puede empezar a cribar a la población ya que se recogen los antecedentes obstétricos y en este estudio serán incluidas sólo mujeres primigestas y de gestación única.

A partir de la visita de embarazo de las 25 semanas de gestación se les propondrá y se les explicará a través de la hoja informativa, a todas las gestantes sobre este proyecto. Se conocerá su deseo de participación a través del consentimiento informado. Ambos documentos que se les entregarán acudan o no a la intervención comunitaria ya que también valoraremos y compararemos el abandono de LM de aquellas que no han deseado asistir a la EM (Anexo V).

El programa se organiza en cuatro bloques temáticos fundamentales: parto, puerperio, LM y cuidados del recién nacido. Esta intervención se alinea con las tesis de Ibone Olza sobre la neurobiología del cuidado, donde se postula que el tipo de nacimiento condiciona la salud mental materna. Dado que la vivencia subjetiva del parto impacta directamente en el éxito o abandono temprano de la lactancia, se vuelve imperativo integrar transversalmente herramientas de manejo del dolor y estrategias de afrontamiento durante el proceso del nacimiento (25). El objetivo es empoderar a la gestante y reducir el estrés perinatal, favoreciendo así una transición al puerperio que minimice las barreras para el establecimiento de una LME y duradera. A continuación, se muestra una guía de los contenidos clave:

Sesión 1 - Proceso de parto: Fisiología del parto, pródromos y cuándo acudir al hospital. Manejo del dolor: Técnicas de respiración, movimiento pélvico y masajes. Plan de parto (Anexo VI).

Sesión 2 - Lactancia materna: Fisiología de la LME (subida de la leche), agarre correcto y posturas. Beneficios de la LM para la madre y el recién nacido. Prevención de grietas y mastitis. Signos de transferencia de leche eficaz. Conservación de leche materna (Anexo VII).

Sesión 3 - El puerperio: Cambios físicos y emocionales tras el parto (cuidados de la episiotomía/cesárea). Salud mental perinatal (baby blues o. depresión). Apoyo familiar y red comunitaria (Anexo VIII).

Sesión 4 - Cuidados del recién nacido: Cuidados del cordón, baño, colecho seguro y cribados neonatales. Fomento del contacto piel con piel y su impacto en el vínculo y la lactancia temprana (Anexo IX).

7.9. Descripción del seguimiento

El seguimiento de las participantes se iniciará en el periodo prenatal y se extenderá hasta los seis meses de vida del lactante, empleando la entrevista telefónica estructurada como herramienta principal de recogida de información donde se registrará si existe abandono o no de LME entre otras variables.

Los hitos de seguimiento se programarán de la siguiente forma: cuatro intervenciones telefónicas en momentos clave del desarrollo del lactante:

- A los 15 días de vida.
- A los 2 meses: Coincidiendo con la primera crisis de crecimiento y el calendario vacunal.
- A los 4 meses: Momento crítico donde suelen aparecer dudas sobre la saciedad del lactante ya que alrededor de los 3 meses aparece la crisis de lactancia por aumento de los requerimientos, lo que supone un aumento de la producción.
- A los 6 meses (Cierre de estudio): Para determinar la prevalencia final de LM y registrar, en caso de abandono, la fecha exacta y el motivo principal del mismo.

7.10. Estrategia de análisis estadístico: test, procedimientos y programa estadístico a utilizar

Para llevar a cabo el análisis de los datos que se obtuvieran, se empleará el programa de análisis estadístico IBM SPSS Statistics (versión 29.0.1.0).

Se realizará un análisis descriptivo de la muestra del Centro de Salud Cartagena Este utilizando frecuencias y porcentajes para todas las variables categóricas (abandono de LME, EM, autoeficacia en LM con el cuestionario BSES-SF y perfil sociodemográfico). La edad materna y satisfacción en LM a través del cuestionario MBFES-E serán las únicas variables descritas con media y desviación típica, tras verificar su normalidad con la prueba de Kolmogórov-Smirnov.

Para determinar si la asociación y riesgo de la EM influye en el abandono de la LME antes de los 6 meses de vida, se realizará un análisis bivalente de proporciones, utilizando la prueba Chi-cuadrado de Pearson.

Además, al ser un estudio de cohortes, se calculará el riesgo relativo (RR) y su Intervalo de Confianza (IC 95%) para cuantificar cuánto aumenta la probabilidad de mantener la LME en relación con la asistencia a la EM.

Se realizará una regresión logística binaria como análisis multivariante para determinar el peso de la EM en el mantenimiento de la LME, ajustando el modelo por las variables sociodemográficas y la puntuación de autoeficacia inicial. Para considerar significativo el resultado obtenido a partir del análisis descriptivo de los datos, el grado de significación estadística (p) ha de ser inferior a 0,05.

8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados si se cumpliera la hipótesis

Se postula que la intervención comunitaria liderada por la matrona actúa como un factor protector fundamental, logrando reducir la tasa de abandono de la LM antes de los 6 meses en mujeres primigestas. De confirmarse los resultados esperados, se concluiría que la EM prenatal es una herramienta eficaz de salud pública para prolongar la LM, cumpliendo con las

recomendaciones internacionales y mejorando los resultados de salud materno-infantil en el Centro de Salud de Cartagena Este.

Se espera que el estudio proporcione un perfil sociodemográfico detallado de las mujeres primigestas atendidas en el C.S. Cartagena Este. La caracterización de variables como la edad materna, el apoyo social y la situación laboral permitirá identificar si existen grupos de especial vulnerabilidad que presenten mayores tasas de abandono de la LME antes de los 6 meses.

Se asume que la asistencia a los programas de EM se asociará con niveles significativamente más altos de autoeficacia percibida. De confirmarse esta hipótesis, se concluiría que la intervención prenatal no solo aporta conocimientos teóricos, sino que fortalece la seguridad psicológica de la madre, elemento crítico para afrontar las dificultades iniciales del amamantamiento. En este sentido, la utilización del cuestionario BSES-SF en el posparto ofrece una herramienta diagnóstica precoz. Se podrían activar protocolos específicos como visitas domiciliarias extra o consultas de lactancia prioritarias, interviniendo de forma proactiva antes de que la baja autoeficacia derive en un abandono precoz de la LME.

Respecto a la satisfacción con la LM, los resultados esperados permitirán entender qué dimensiones pesan más en la vivencia de la madre. Esto es directamente aplicable para mejorar el asesoramiento clínico posparto; por ejemplo, si la fatiga es la dimensión peor valorada, los profesionales pueden centrar sus esfuerzos en el fomento del descanso y la implicación de la red de apoyo familiar, más allá de la técnica de amamantamiento.

Finalmente, la valoración del grado de satisfacción con la educación maternal recibida permitirá realizar una mejora continua del programa de salud. Al conocer la opinión directa de las gestantes sobre las sesiones de parto, LM, puerperio y cuidados del recién nacido, el Centro de Salud puede realizar una reingeniería de sus talleres, ajustando contenidos, tiempos o metodologías teóricos-prácticas para asegurar que la intervención sea de calidad, atractiva y verdaderamente útil para la comunidad.

9. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos especializadas en el área de Ciencias de la Salud, como son, PubMed (Medline), SciELO, CINAHL y Cochrane Library.

Además de las fuentes de información mencionadas, se realizaron búsquedas en repertorios bibliográficos de literatura gris y sitios web de organizaciones oficiales como la OMS, el Instituto Nacional de Estadística (INE), la web oficial del Ministerio de Sanidad, así como, páginas de distintas asociaciones como la Federación de Matronas (FAME) y la Federación Española de Asociaciones pro Lactancia Materna (FEDALMA). La estrategia de búsqueda se fundamenta en la combinación de lenguaje controlado DeCS: "lactancia materna", "atención prenatal", "educación prenatal", "matrona" y MeSH: "breastfeeding", "prenatal care", "prenatal information", "midwife", "child feeding", "mental health", "intervention" y "mental health disorders". Para optimizar los algoritmos de búsqueda, se emplearon operadores booleanos "AND" y "OR" con el fin de combinar adecuadamente los términos.

En cuanto a los criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión:

- Año de publicación: 2016-2026.
- Idioma: español y/o inglés.
- Acceso a texto completo y gratuito.
- Tipo de estudio: estudios observacionales de cohortes y transversales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayo clínico aleatorizado (ECA), estudios de validación psicométrica.

Criterios de exclusión:

- Publicaciones de baja evidencia científica: Se excluirán cartas al editor, editoriales, opiniones de expertos, resúmenes de congresos.
- Documentos que aparezcan repetidos en las diferentes bases de datos consultadas.
- Incongruencia con el objetivo.
- Muestra no representativa. Que los resultados no sean extrapolables.

- Deficiencia metodológica.
- Fuera de ámbito geográfico/cultural: no comparables con el contexto de nuestro Centro de Salud

A continuación, en la siguiente tabla 3 se presenta la estrategia de búsqueda llevada en las diferentes fuentes de información:

Tabla 3: estrategia de búsqueda

Fuentes de información	Cadenas de búsqueda
Pubmed	(breastfeeding) AND (prenatal education OR midwife) AND (mental health OR self-efficacy)
SciELO	(lactancia materna) AND (educación prenatal OR matrona) AND (salud mental OR autoeficacia)
Cochrane Library	“breastfeeding” AND “midwifery” AND “self efficacy”
CINAHL	breastfeeding AND primary care AND self-efficacy

Fuente: elaboración propia

10. Limitaciones y posibles sesgos, así como los procedimientos para minimizar los posibles riesgos

En primer lugar, cabe señalar un posible sesgo de selección, derivado de que el estudio se circunscribe a un Centro de Salud específico. Esto implica que los resultados podrían estar influenciados por las características sociodemográficas particulares de esa zona de Cartagena; no obstante, esta acotación geográfica refuerza la validez interna del estudio y facilita la aplicación directa del protocolo a nivel local.

Por otra parte, no ha sido posible el cegamiento del evaluador debido a la disponibilidad de una única profesional en el centro. No obstante, el uso de

cuestionarios auto cumplimentados contribuye a minimizar el sesgo del observador.

La naturaleza longitudinal del seguimiento hasta los seis meses introduce el riesgo de pérdidas de información, ya sea por el cambio de domicilio de las participantes o por el cese del contacto. Para mitigar esta limitación, se ha diseñado un protocolo de seguimiento telefónico sistemático que se complementará con la verificación del estado de la LME a través de la historia clínica electrónica (OMI-AP). Este doble control permitirá rescatar información de aquellas madres que, por diversos motivos, no acudan a las citas presenciales en el Centro de Salud Cartagena Este.

Finalmente, es necesario contemplar el sesgo de deseabilidad social, por el cual las madres podrían declarar el mantenimiento de una LME movidas por la expectativa de agradar a la figura asistencial. Con el objetivo de minimizar esta tendencia, se garantizará en todo momento la confidencialidad de la información y se emplearán técnicas de entrevista estructurada con preguntas abiertas y no juiciosas, fomentando un clima de confianza.

11. Aspectos éticos de la investigación. Posibles riesgos y beneficios para los participantes, ley de protección de datos. Se especificará si es necesaria la aprobación de un comité de ética y el consentimiento informado de los pacientes (en su caso, se adjuntará un modelo como anexo). Solicitar la valoración del proyecto por el COIR de la UMH

En la realización de este diseño de proyecto de investigación se ha pretendido, desde el inicio, respetar los principios bioéticos fundamentales que priman en el proceso de investigación.

- Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013¹ (21).
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (22).

- 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 (23).
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica (24).

Previo a la entrega de este documento, se ha redactado un formulario dirigido a la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández para la evaluación de los aspectos éticos que se ven influenciados por el presente diseño de proyecto, dando esta administración la oportuna aprobación al considerar que carece de implicaciones ético-legales y de riesgos laborales significativos para los supuestos participantes y personal investigador.

Además, en el caso de que en algún momento este proyecto de investigación fuese ejemplo para ser llevado a cabo en la práctica clínica, habría de ser presentado al Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) del Área de Salud II -Cartagena. Se respetará la protección y confidencialidad de los datos y se obtendrá la firma del consentimiento informado por parte de los participantes del estudio previa aporte de la hoja informativa. Además, se llevará a cabo la anonimización de los datos a través de asignación de un código alfanumérico único para cada participante.

12. Calendario y cronograma previsto para el estudio

A continuación, se presenta el calendario previsto para el estudio en la siguiente tabla 4.

Tabla 4: diagrama de Gantt

	EN E	FE B	MA R	AB R	MA Y	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	NO V	DI C
Revisión bibliográfica y diseño del proyecto												
Aprobación por Comité de Ética												

(UMH/CEIm)												
Captación de participantes y Sesiones 1-4												
Evaluación de satisfacción del taller												
BFES y MBFES												
Seguimiento telefónico (6 meses)												
Codificación y análisis estadístico de datos												
Conclusiones e informe final.												

Fuente: elaboración propia

13. Personal que participará en el estudio y cuál es su responsabilidad

El reclutamiento de las gestantes se llevará a cabo de forma presencial por la matrona/EIR matrona del Centro de Salud Cartagena Este, durante las consultas programadas de seguimiento del embarazo en el tercer trimestre. Tras la firma del consentimiento informado y lectura de hoja informativa, la propia matrona será la encargada de registrar la filiación de las participantes y de realizar el seguimiento de la asistencia a las sesiones de EM, pasando lista en cada una de las cuatro intervenciones grupales para clasificar posteriormente a las pacientes en la cohorte expuesta o no expuesta.

La administración del cuestionario de autoeficacia BSES-SF y MBES al cuarto día del posparto, en la visita presencial de puerperio, podrá ser gestionada directamente por la matrona investigadora mediante una breve entrevista clínica.

Para el seguimiento longitudinal de la cohorte hasta los seis meses de vida del lactante, se contará con la colaboración activa del personal de Enfermería Pediátrica/EIR y Pediatría/MIR del centro. Aprovechando el calendario de visitas del Programa del Niño Sano y las citas de vacunación (especialmente las de los 2, 4 y 6 meses), estos profesionales actuarán como observadores clave para registrar el mantenimiento o abandono de la LM en la historia clínica. La investigadora principal podrá consultar periódicamente dichos registros en el sistema OMI-AP o realizar sesiones de seguimiento clínico con el equipo de pediatría para validar la situación de la LME de cada participante.

14. Instalaciones e instrumentación

Para el desarrollo de las intervenciones grupales y las consultas individuales, el proyecto utilizará las instalaciones propias del Centro de Salud Cartagena Este. Las sesiones de EM se llevarán a cabo en un aula que dispone del espacio y el equipamiento necesario (colchonetas, pelotas de pilates, rebozo y material audiovisual) para la formación de las gestantes. Asimismo, las entrevistas de captación y el seguimiento clínico inicial se realizan en la consulta de la matrona, un entorno que garantiza la privacidad y confidencialidad necesarias para la recogida de datos y la firma de los consentimientos informados.

15. Presupuesto

A continuación, se expone una tabla con una idea de presupuesto total para el presente diseño de proyecto de investigación.

El contrato de personal necesario para el desarrollo de este proyecto constituye el gasto principal planteado: un director/a encargado/a de coordinar la investigación, una enfermera especialista en obstetricia y ginecología (matrona) como referente del estudio. El material empleado en el programa de EM también supone una parte del gasto necesario.

Tabla 5: presupuesto del estudio

Estimación del presupuesto				
Concepto	Especificaciones	Unidad	Coste/unidad	Total
Material para la intervención	Pelotas de pilates	10	25€	250€
	Esterillas	10	30€	300€
	Material impreso	250	1,80€	450€
	Modelo anatómico mama	2	125€	250€
	Rebozo	5	60€	300€
Contratos de servicios	Asesoría estadística (análisis de datos)	1	800€	800€
	Traductor del proyecto al inglés	1	500€	500€
	Gastos de publicación: Tasas APC Open Access	1	3000€	3000€
Subtotal				5.850€
Gastos de gestión	15% del subtotal			877.50€
TOTAL				6727.5€

Fuente: elaboración propia

16. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Directriz: Alimentación de lactantes y niños pequeños. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/B09382>
2. Aguilar-Cordero MJ, Sánchez-López AM, Baena-García L, Noack-Segovia JP, Sánchez-Sánchez JA, Padilla-López CA. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en una

- población de mujeres españolas. Nutr Hosp [Internet]. 2019 [citado 2 mar 2026];36(1):21-26. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-1611201900010021
3. Ministerio de Sanidad. El 80% de las mujeres opta por la lactancia materna de forma exclusiva tras el nacimiento [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado 2 mar 2026]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6734>
 4. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 2 mar 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
 5. Organización Panamericana de la Salud. Lactancia materna y alimentación complementaria [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2024 [citado 2 mar 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
 6. Organización Panamericana de la Salud. La lactancia materna en el siglo XXI: alcanzar el máximo potencial de salud de la madre y el niño [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2016 [citado 2 mar 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/LactanciaMaternaEnSigloXXI-April15.pdf>
 7. Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN). Composición de la leche materna [Internet]. Ginebra: GIFA; 2024 [citado 2 mar 2026]. Disponible en: <https://www.gifa.org/es/composicion-de-la-leche-materna/>
 8. Castillo C. Lactancia materna: un desafío de salud pública. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2017 [citado 2 mar 2026];88(1):7-8. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001
 9. Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia Materna. Lactancia materna en España: nuevos datos sobre prevalencia [Internet]. Alicante: FEDALMA; 2024 [citado 2 mar 2026]. Disponible en: <https://fedalma.org/lactancia-materna-en-espana-nuevos-datos/>

10. Martín-Iglesias S, Sánchez-Ugena L, Martín-Castellanos A, Galán-Malo P, de la Hera-Magdaleno S, Martínez-García A, et al. Lactancia materna en España: factores relacionados con su inicio y duración. Aten Primaria [Internet]. 2023 [citado 2 mar 2026];55(11):102711. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-lactancia-materna-espana-factores-relacionados-S0212656723002056>
11. Oliver-Roig A, Richart-Martínez M, Cabrero-García J, March-Amorós M, Reina-Castellanos J, Zorrilla-Díaz I. Adaptación y validación transcultural de la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) al castellano. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2016 [citado 2 mar 2026];90:e40016. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100416
12. González-Hernández N, González-Pérez J, Piñero-Pinto E, Cabrera-Rodríguez S, Díaz-Ascanio J, Rodríguez-Pérez R. Capacidad predictiva de la lactancia por la determinación del nivel de autoeficacia con el BSES-SF. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2021 [citado 2 mar 2026];95(3):149-156. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-capacidad-predictiva-lactancia-determinacion-del-articulo-S1695403320305361>
13. Gho ME, de Gisi S, Lee H. Factors associated with breastfeeding self-efficacy and its impact on breastfeeding duration: a systematic review and meta-analysis. Cureus [Internet]. 2024 [citado 2 mar 2026];16(11):e73680. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12365724/>
14. Ke J, Zhang SY, Hu R. The effect of prenatal education on breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2023 [citado 2 mar 2026];23(1):284. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10116907/>
15. Ghiasvand F, Ghofrani F, Kordi M, Ghodsbini F. The effect of midwife-led breastfeeding support on breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration in primiparous women: a randomized clinical trial. J Mother Child [Internet]. 2024 [citado 2 mar 2026];28(1):15-24. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11942935/>

16. Conselleria de Sanidad. Protocolos clínicos y criterios de intervención en Atención Primaria: Educación maternal y preparación al nacimiento [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana; 2024 [citado 2 mar 2026]. Disponible en: <https://www.san.gva.es/es/web/assistencia-sanitaria/protocolos-clinicos-y-criterios-de-intervencion-atencion-primaria>
17. Servicio Murciano de Salud. Programa de atención a la mujer: Atención al embarazo, parto y puerperio [Internet]. Murcia: MurciaSalud; 2024 [citado 2 mar 2026]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=4998&idsec=6>
18. Organización Mundial de la Salud. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 2 mar 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>
19. Dennis CL. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: development and psychometric testing. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 2003 [citado 2 mar 2026];32(6):734-44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14649935/>
20. González-Hernández N, González-Pérez J, Piñero-Pinto E, Cabrera-Rodríguez S, Díaz-Ascanio J, Rodríguez-Pérez R. Capacidad predictiva de la lactancia por la determinación del nivel de autoeficacia con el BSES-SF. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2021 [citado 2 mar 2026];95(3):149-156. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-capacidad-predictiva-lactancia-determinacion-del-articulo-S1695403320305361>.
21. WMA [Sede Web]*. Francia: Asociación Médica Mundial; 2013 [26 de Octubre de 2013] Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres Humanos. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-laammprincipios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos>
22. De Protección de Datos Personales y Garantías de los Derechos Digitales. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 294, (6 de diciembre de 2018).
23. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley

- 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15 de noviembre de 2002).
24. De Investigación Biomédica. Ley 14/2007, de 3 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº 159, (4 de julio de 2007).
25. *Listas de verificación* . (s/f). ESTROBOSCÓPICO. Recuperado el 5 de mayo de 2026, de <https://www.strobe-statement.org/checklists/>



17. Anexos

Anexo I. Formulario Ad Hoc para el seguimiento de la LME

HOJA DE SEGUIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA (AD HOC)

Título del Proyecto: "IMPACTO DE LA EDUCACIÓN MATERNAL EN LA TASA DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LOS SEIS MESES: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO DE COHORTE PROSPECTIVA"

Código de Sujeto: _____ | **Fecha de Parto:** / ____

I. CLASIFICACIÓN DE LA COHORTE (Al inicio)

- **Grupo:** ☐ Expuesto (Asistió a EDUMA) | ☐ No Expuesto (No asistió a EDUMA)
- **Autoeficacia inicial (Día 5):** ☐ Bajo Riesgo (≥ 57) | ☐ Alto Riesgo (< 57)

II. REGISTRO LONGITUDINAL DE HITOS TEMPORALES

Instrucciones: Marcar con una "X" el tipo de lactancia en el momento de la revisión.

Hito Temporal	L.M. Exclusiva (LME) ¹	L.M. Mixta ²	L. Artificial (LA) ³	¿Ha habido abandono de LME?
4 Días (Visita puerperio)	☐	☐	☐	☐ No / ☐ Sí (Fecha: _____)
15 Días (Seguimiento)	☐	☐	☐	☐ No / ☐ Sí (Fecha: _____)
2 Meses (Vacunación)	☐	☐	☐	☐ No / ☐ Sí (Fecha: _____)
4 Meses (Vacunación)	☐	☐	☐	☐ No / ☐ Sí (Fecha: _____)
6 Meses (Revisión Niño Sano)	☐	☐	☐	☐ No / ☐ Sí (Fecha: _____)

(1) LME: Solo leche materna (ni agua, ni fórmulas, ni sólidos).

(2) Mixta: Leche materna combinada con fórmula u otros alimentos.

III. VARIABLE DEPENDIENTE FINAL (A los 6 meses)

¿Se ha mantenido la LME hasta los 6 meses (180 días)?

- ☐ SÍ (Éxito del objetivo de salud).
- ☐ NO (ABANDONO - Variable positiva para el análisis).

Motivo principal del abandono (si aplica):

- ☐ Hipogalactia percibida ☐ Incorporación laboral ☐ Grietas/Dolor ☐ Decisión propia
☐ Otros: _____



Anexo II. Escala de autoeficacia en lactancia materna. Breastfeeding
 Self-Efficacy Scale - Short Form (BSES-SF)

	1 (nada segura)	2 (poco segura)	3 (a veces segura)	4 (segura)	5 (muy segura)
Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche					
Siempre me apaño bien con la lactancia igual que con otros retos de mi vida					
Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial como complemento					
Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma					
Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mi					
Siempre puedo dar de mamar incluso cuando el bebé está llorando					

En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebe					
Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia					
Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí					
Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo					
Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebe con un pecho antes de cambiar al otro					
En cada toma, siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebe					
Soy capaz de amamantar a mi bebe cada vez que me lo pide					

Siempre que alguien me pregunta si mi bebe ha terminado de mamar soy capaz de responder si lo ha hecho o no					
PUNTUACIÓN MAX	70				
PUNTUACIÓN MIN	14				



Anexo III. Escala de satisfacción en Lactancia Materna. Maternal Breastfeeding Evaluation Scale (MBFES)

ESCALA DE SATISFACCIÓN MATERNAL CON LA LACTANCIA MATERNA

Si, actualmente, da el pecho piense en todo el periodo a pesar de que el tiempo verbal esté en pasado, tenga en cuenta que algunas madres pueden haber dejado de dar el pecho.
 Como algunas madres refieren que todo el periodo de lactancia materna no es igual, haga un esfuerzo por reunir o pensar en todo el proceso promediando los momentos buenos y malos.

Indica tu nivel de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado rodeando la mejor respuesta:

TD: Totalmente desacuerdo
 D: Desacuerdo
 N: No sé/No contesta
 A: De acuerdo
 TA: Totalmente de acuerdo

1. Me sentí satisfecha interiormente al dar el pecho a mi bebé.	TD	D	N	A	TA
2. Dar el pecho fue una etapa especial con mi bebé.	TD	D	N	A	TA
3. Mi bebé no quería teta.	TD	D	N	A	TA
4. A mi bebé le gusta la teta.	TD	D	N	A	TA
5. Era una carga ser la principal fuente de alimentación de mi bebé.	TD	D	N	A	TA
6. Me sentí muy unida a mi bebé cuando di pecho.	TD	D	N	A	TA
7. Mi bebé fue un lactante voraz.	TD	D	N	A	TA
8. Dar pecho fue físicamente agotador.	TD	D	N	A	TA
9. Era importante para mí ser capaz de dar el pecho.	TD	D	N	A	TA
10. Durante la lactancia, el crecimiento de mi bebé fue excelente.	TD	D	N	A	TA
11. Mi bebé y yo conseguimos juntos que dar el pecho fuera agradable.	TD	D	N	A	TA
12. Dar el pecho fue una experiencia maternal muy enriquecedora.	TD	D	N	A	TA
13. Durante el tiempo que di el pecho, tomé conciencia de mi cuerpo.	TD	D	N	A	TA
14. Mientras daba el pecho, me sentía atada todo el tiempo.	TD	D	N	A	TA
15. Mientras daba el pecho, me preocupaba si mi bebé ganaba peso suficiente.	TD	D	N	A	TA
16. Dar el pecho era un calmante cuando mi bebé estaba alterado o llorando.	TD	D	N	A	TA
17. Dar el pecho fue estimulante para mí.	TD	D	N	A	TA
18. El hecho de producir la comida para mi bebé fue muy satisfactorio.	TD	D	N	A	TA
19. Al principio, mi bebé tuvo una lactancia difícil.	TD	D	N	A	TA
20. Dar el pecho me hizo sentir una buena madre.	TD	D	N	A	TA
21. Realmente, disfruté dando el pecho.	TD	D	N	A	TA
22. Durante la lactancia, estaba ansiosa por recuperar mi cuerpo anterior.	TD	D	N	A	TA
23. Dar el pecho me hizo sentir más confianza como madre.	TD	D	N	A	TA
24. Mi bebé ganó peso con la leche materna realmente bien.	TD	D	N	A	TA
25. Dar el pecho hizo que mi bebé se sintiera más seguro.	TD	D	N	A	TA
26. Podía compaginar fácilmente la lactancia con otras actividades.	TD	D	N	A	TA
27. Dar el pecho me hizo sentir como una vaca.	TD	D	N	A	TA
28. Mi bebé no se relajaba mientras mamaba.	TD	D	N	A	TA
29. Dar el pecho fue emocionalmente agotador.	TD	D	N	A	TA
30. Dar el pecho me sentó muy bien.	TD	D	N	A	TA

Anexo IV. Cuestionario Ad Hoc para conocer la satisfacción de las mujeres sobre la intervención comunitaria

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LA EDUCACIÓN MATERNAL:

Fecha: _____ | Código Participante: _____

Tu opinión es el corazón de este proyecto. Por favor, marca con una "X" la opción que mejor refleje tu experiencia (siendo 1: Muy insatisfecha y 5: Muy satisfecha).

1. EVALUACIÓN DE LOS CONTENIDOS

¿Te ha resultado útil la información tratada en...?	1	2	3	4	5
Sesión 1: Fisiología del parto y manejo del dolor.	☐	☐	☐	☐	☐
Sesión 2: Lactancia materna, agarre y beneficios.	☐	☐	☐	☐	☐
Sesión 3: Cuidados en el puerperio y salud mental.	☐	☐	☐	☐	☐
Sesión 4: Cuidados del recién nacido y vínculo.	☐	☐	☐	☐	☐

2. METODOLOGÍA Y ORGANIZACIÓN

Por favor, valora los siguientes aspectos técnicos:	1	2	3	4	5
Equilibrio entre la teoría y la práctica (ejercicios, masajes).	☐	☐	☐	☐	☐
Capacidad de la matrona para resolver dudas y acogida.	☐	☐	☐	☐	☐
Calidad de los materiales entregados (Anexos y guías).	☐	☐	☐	☐	☐
Comodidad del aula y adecuación del horario.	☐	☐	☐	☐	☐

3. IMPACTO PERSONAL

- ¿Sientes que tu nivel de confianza para la lactancia ha aumentado?
☐ Nada ☐ Poco ☐ Bastante ☐ Mucho
- ¿Consideras que conocer a otras madres en el grupo ha sido positivo?
☐ Sí, mucho ☐ Algo ☐ No me ha influido

4. ESPACIO PARA TUS PALABRAS

- Lo que más valoro de este taller es:

- Si pudiera cambiar algo para mejorar, sería:



Anexo V. Hoja informativa del proyecto de investigación y consentimiento informado del mismo

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

TÍTULO DEL ESTUDIO: IMPACTO DE LA EDUCACIÓN MATERNAL EN LA LACTANCIA MATERNA HASTA LOS 6 MESES DE VIDA: ESTUDIO DE COHORTES

Investigador/a Principal: María Teresa Zarco Correas

Centro: Centro de Salud Cartagena Este (Servicio Murciano de Salud)

I. HOJA DE INFORMACIÓN A LA PARTICIPANTE

Le invitamos a participar en un estudio de investigación que busca entender cómo las sesiones de educación maternal prenatal impartidas por matronas influyen en la confianza, la satisfacción y el mantenimiento de la lactancia materna.

- **¿En qué consiste su participación?** Si decide colaborar, le pediremos que responda a unos cuestionarios estructurados en dos momentos clave:
- **Al cuarto día posparto:** En su visita de revisión con la matrona, rellenará una escala de 14 preguntas (**BSES-SF**) sobre su confianza en la lactancia y un cuestionario sobre su satisfacción con el amamantamiento (**MFES-BS**). Del mismo modo registraremos el mantenimiento o no de la lactancia materna exclusiva. Esto le llevará aproximadamente entre 10 y 15 minutos.
- **Tras las sesiones de educación maternal:** Le solicitaremos que responda de forma breve a un formulario tipo Likert para valorar su satisfacción con las clases de educación maternal recibidas, en el caso de que haya asistido.
- **Voluntariedad:** Su participación es totalmente **voluntaria**. Puede decidir no participar o retirar su consentimiento en cualquier momento sin que esto afecte de ninguna manera a la atención sanitaria que recibe en este Centro de Salud.
- **Riesgos y beneficios:** No existen riesgos físicos asociados. El beneficio principal es ayudar a mejorar los programas de educación maternal para futuras madres en Cartagena así como aumentar la tasa de lactancia materna al potenciar la confianza de las madre a la hora de amamantar.
- **Confidencialidad:** Sus datos serán tratados de forma **anónima**. Se le asignará un código numérico y nunca se publicará su nombre ni datos que puedan identificarla.

II. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Doña _____,
con DNI/NIE _____,

1. He leído la hoja de información que se me ha entregado.

2. He podido hacer preguntas sobre el estudio y mis dudas han sido aclaradas.
3. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme cuando quiera.
4. Comprendo que mis datos serán tratados según la **Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**.
5. Doy mi conformidad para que los datos obtenidos en el cuestionario sean utilizados exclusivamente para los fines de esta investigación.

Firma de la participante:

Fecha: //2026

Firma del Investigador/a:

Fecha: //2026



Anexo VI. Infografía de los contenidos de la primera sesión de la intervención comunitaria titulada: El parto



Anexo VII. Infografía de los contenidos de la segunda sesión de la intervención comunitaria titulada: Lactancia Materna



Anexo VIII. Infografía de los contenidos de la tercera sesión de la intervención comunitaria titulada: El puerperio



Anexo IX. Infografía de los contenidos de la cuarta y última sesión de la intervención comunitaria titulada: Cuidados del recién nacido



Anexo X: Cuestionario Ad Hoc sobre las variables sociodemográficas

Cuestionario de Datos Sociodemográficos

Las respuestas a este cuestionario son totalmente anónimas, confidenciales y voluntarias. Los datos recogidos serán utilizados única y exclusivamente con fines de investigación científica para este estudio, garantizando el cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Al responder a las siguientes preguntas, usted consiente el tratamiento de dicha información.

Instrucciones: Por favor, seleccione la opción que mejor se adapte a su situación actual.

1. Edad

¿Cuál es su edad actual?

- ☐ 19 años o menos
- ☐ Entre 20 y 34 años
- ☐ 35 años o más

2. Nivel de estudios

¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado?

- ☐ Estudios primarios o inferiores (sin estudios, escuela primaria o EGB)
- ☐ Estudios secundarios o superiores (ESO, Bachillerato, Formación Profesional o Universidad)

3. Situación laboral

¿Cuál es su situación laboral actual?

- ☐ Activa (trabajando por cuenta propia o ajena, o en periodo de baja maternal)
- ☐ En desempleo
- ☐ Estudiante
- ☐ Ama de casa / Labores del hogar

4. Estado civil

¿Cuál es su estado civil o situación de convivencia actual?

- ☐ Casada o en pareja de hecho
- ☐ Soltera

- ☐ Divorciada, separada o viuda

5. Apoyo percibido

En su día a día y respecto al cuidado del bebé, ¿siente que cuenta con una red de apoyo (ya sea su pareja, familiares o amigos) que la ayuda y acompaña cuando lo necesita?

- ☐ **Sí**, cuento con una red de apoyo.
- ☐ **No**, no cuento con apoyo.

