



ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA

SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Título:

***Proyecto Educativo en Lactancia y
Salud Mental Materna***

Alumno: Sandra Noeda Diego

Director: M^a Jesús Martínez Beltrán

Madrid, mayo de 2024

Índice

Índice	3
Resumen.....	6
Abstract.....	7
Tabla de abreviaturas.....	8
1. Presentación.....	9
2. Estado de la cuestión.....	10
2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.....	10
2.1.1. Estado de la evidencia.....	10
2.1.2. Definición de lactancia materna y otros tipos de alimentación.....	11
2.1.3. Epidemiología de la lactancia materna	13
2.1.4. Salud mental y lactancia materna.....	15
2.1.5. Factores predictivos en la lactancia materna.....	17
2.1.6. Herramientas de mantenimiento de la LM.....	19
2.2. Justificación.....	23
3. Población y captación.....	24
3.1. Población diana.....	24
3.2. Captación	25
4. Objetivos.....	27
4.1. Objetivos generales	27
4.2 Objetivos educativos específicos	27
5. Contenidos.....	28
6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales	30
6.1. Planificación general	30
6.1.1. Cronograma general.....	30
6.1.2. Participantes	30
6.1.2. Docentes.....	31
6.1.3. Lugar de celebración.....	31
6.2. Sesiones.....	33
7. Evaluación.....	39
7.1. Evaluación de la estructura y el proceso	39
7.2. Evaluación de los resultados	39
7.2.1 Objetivos a corto plazo.....	39
7.2.2 Objetivos a medio y largo plazo.....	40

8. Bibliografía	41
Anexos	44
Anexo 1. Cartel promocional de la lactancia materna.....	44
Anexo 2. Tríptico informativo de lactancia materna.....	45
Anexo 3. Hoja de inscripción al taller.....	46
Anexo 4. Hoja de Asistencia a las sesiones.....	48
Anexo 5. Test pre y post sesión primer seminario.....	49
Anexo 6. Dinámica de frases incompletas.....	52
Anexo 7. Evaluación organizativa de las sesiones.....	53
Anexo 8. Test pre y post de la segunda sesión.....	54
Anexo 9. Encuesta cualitativa de la segunda sesión.....	57
Anexo 10. Ejemplo de dinámica de casos clínicos.....	58
Anexo 11. Encuesta pre y post tercera sesión.....	59
Anexo 12. Encuesta cualitativa tercera sesión.....	62
Anexo 13. Entrevista pre y post cuarta sesión.....	63
Anexo 14. Encuesta cualitativa cuarta sesión.....	65
Anexo 15. Escala Edimburgo, cribado prenatal.....	66
Anexo 16. Dinámica foto-palabra.....	67
Anexo 17. Hoja de evaluación del taller completo.....	68
Anexo 18. Email de recogida de datos postparto a los 15 días, 3 meses y 6 meses.....	70

Resumen

Introducción: actualmente se observa una disminución en las tasas de lactancia materna debido a la sociedad actual, los problemas de lactancia y la falta de información. La Organización Mundial de la Salud ha propuesto aumentar en 2025 hasta un 50% el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida del bebé.

Objetivo general: fomentar el conocimiento de la lactancia materna y así conseguir un mantenimiento de la autoeficacia en la misma, siendo imprescindible para mantener la salud mental de la madre. **Metodología:** se abordará mediante un taller educativo, tanto en lactancia materna básica con posiciones y técnicas de agarre, problemas de la lactancia y gestión de emociones. **Implicaciones de la enfermería:** la enfermera es la principal encarga de la EpS en España. La promoción de la salud, que en este caso sería de la madre y del bebé se hará en centro de salud durante el último trimestre de gestación favoreciendo el conocimiento, la autoeficacia y la gestión de las emociones principalmente durante postparto.

Palabras Clave: Lactancia Materna Exclusiva; Depresión Postparto; Ansiedad Postparto; Gestión de emociones.

Abstract

Introduction: breastfeeding rates are currently decreasing due to the current society, breastfeeding problems and lack of information. The World Health Organisation proposes to increase by 2025 to 50% the maintenance of exclusive breastfeeding for the first 6 months of a baby's life. **Overall objective:** to improve the lack of knowledge in breastfeeding and thus achieve a maintenance of self-efficacy in breastfeeding, which is essential to maintain maternal mental health. **Methodology:** through an educational workshop both in basic breastfeeding with positions and latch-on techniques, breastfeeding problems and emotion management. **Implications for nursing:** the nurse is the main person in charge of health education in Spain. Health promotion, which in this case would be of the mother and baby, will be done in health care center during the last trimester of gestation favoring knowledge, self-efficacy and management of emotions mainly during the postpartum period.

Keywords: Exclusive Breastfeeding; Postpartum Depression; Postpartum Anxiety; Emotional Management.

Tabla de abreviaturas

ABREVIATURA	DEFINICIÓN
AME	Antenatal Mother Extracción o Extracción del Calostro Prenatal.
BSES-SF	Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form (escala de autoeficacia de la lactancia materna forma corta)
CPP	Contacto Piel con Piel
CS	Centro de Salud
DG/DMG	Diabetes Gestacional/ Diabetes Miellitus Gestacional
DM	Diabetes Miellitus
DPP	Depresión Postparto
LM	Lactancia materna
LME	Lactancia materna exclusiva
OMS	Organización Mundial de la Salud
SM	Salud Mental
UNICEF	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia

Tabla 1. Tabla de abreviaturas. Elaboración propia.

1. Presentación

Se comenzará el presente trabajo presentando a la persona que hay detrás. Se trata de Sandra Noeda, Fisioterapeuta especialista en Suelo Pélvico y Pediatra con cinco años de experiencia en este ámbito. A lo largo de esos años ha visto muchos casos de madres y ha experimentado lo que realmente supone un postparto, lo cual está socialmente idealizado. Durante el período posterior al parto no solo se ve afectado el físico de la madre y la estructura familiar, sino que también se presentan consecuencias negativas en la salud mental a causa de los cambios que se producen.

Uno de los factores que más afecta a la salud mental de la madre es la Lactancia Materna, ya que aparecen con frecuencia problemas que dificultan la producción de leche materna, la ingesta por parte del lactante, dolores en los pezones, etc. En la actualidad, como consecuencia de los cambios que se han producido en la sociedad, el proceso referente al postparto se ha visto afectado. La mujer se ha vuelto muy trabajadora y la natalidad ha disminuido considerablemente, provocando que exista un alto grado de desconocimiento, menos sentido de comunidad y se reciba cada vez menos ayuda por parte de los demás.

Este proyecto pretende servir como guía para que la lactancia materna sea eficaz y reducir las complicaciones en la medida de lo posible. Además, se hace referencia a la salud mental y la gestión de emociones, siendo esto una de las partes más olvidadas, estigmatizadas y escondidas de la maternidad. Por último, se pretende fomentar un espacio en el que las madres puedan prestar y recibir apoyo recíproco y así afrontar la maternidad de una forma sana.

2. Estado de la cuestión

2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

2.1.1. Estado de la evidencia

Con la intención de poner en situación al lector sobre los fundamentos y el estado de la cuestión en el momento actual se han usado principalmente dos bases de datos: Pubmed (Medline) y Ebsco (Academic Search Complete, E-Journal, Medline Complete y Cinahl Complete).

En primer lugar, se realiza una búsqueda de los descriptores DeSC y MeSH. A continuación, los descriptores DeSC y MeSH utilizados se presentan en la tabla 2.

PALABRA CLAVE	DeSH	MeSH
Breasfeeding	Breastfeeding	Breastfeeding
Pregnancy	Pregnancy	Pregnancy
Mental health	Mental health	Mental health
Postnatal depression/anxiety	Depression postpartum	Postnatal depression
Health education	Health education	Health education

Tabla 2. Palabras claves en términos DeSH y MeSh. Elaboración propia.

Sobre un total de 29 artículos relacionados con la lactancia materna, sus implicaciones psicológicas en la madre y las estrategias para el mantenimiento, se han tomado en consideración 24 de ellos. Estos artículos son principalmente ensayos clínicos de una antigüedad de entre 5 y 10 años. También se han usado varias páginas web aclaratorias de organizaciones de prestigio o estadísticas, webs de salud perinatal de los que he extraído un total de 5 artículos, 2 guías de práctica clínica de lactancia materna y 2 libros-manuales.

2.1.2. Definición de lactancia materna y otros tipos de alimentación

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la lactancia materna (LM) como la manera de alimentación mediante leche de la madre excluyendo cualquier otro alimento, incluida el agua (1,2), pudiendo ser administrada desde el pecho, biberón o taza y permitiendo ser compatible con medicación o vitaminas (3). Se recomienda no dar chupetes ni tetinas y la alimentación debe ser a demanda (4). Se trata del alimento ideal para el lactante durante sus primeros seis meses de vida, ya que en muchas ocasiones las fórmulas de lactancia no son del todo correctas (2). Además, aporta al menos la mitad de los nutrientes como alimentación complementaria en sus otros seis meses del primer año y un tercio en su segundo año, por lo que se recomienda que esta dure al menos dos años completos (2).

En el mundo, según la OMS, menos de la mitad de los recién nacidos se alimentan de leche materna, siendo esta un importante protector de la salud. Se pretende que para el 2025, la cifra aumente a al menos un 50% de lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida (2).

Cabe destacar la diferencia entre lactancia predominante y lactancia parcial o mixta. Se entiende como lactancia predominante aquella que se basa principalmente en leche materna, pero recibe otro tipo de líquidos. En cuanto a la lactancia parcial o mixta, se combina con otros alimentos o líquidos (1). También podemos dividirlo en lactancia materna exclusiva (LME), en la que solo introducen leche de la madre, así como lactancia de fórmula, siendo esta artificial o mixta, en la que se alterna la lactancia materna con la artificial (5).

Para favorecer el mantenimiento de la lactancia materna será necesario el contacto piel con piel (CPP), en especial en la primera hora de vida y que los primeros días se hagan al menos 8 tomas, estimulando la leche mediante la succión en los pezones, es decir, que el niño esté al pecho. Las tomas, por su parte, deben ser a demanda (5-7). La evidencia nos dice que el mantenimiento del CPP hasta el final de la primera toma hace que la técnica de agarre sea más efectiva (5,8).

Las fases por las que va a pasar la subida de la leche se organizan de la siguiente manera. En primer lugar, desde el 5º-6º mes de gestación se irá fabricando leche en pequeñas cantidades, a través de la lactogénesis I. Unos días después del parto, la lactogénesis II producirá leche de manera más abundante. Por último, la galactopoyesis mantiene la producción y es la que establece la lactancia (5).

Se debe mantener una técnica correcta de colocación y agarre en la que el bebé esté alineando la cabeza, con el brazo y el pie y el agarre sea correcto (7) con la boca bien abierta y labios evertidos. En medida de lo posible el lactante debe coger parte de la areola y no solo el pezón, siempre notando que el bebé está cerca de la madre: mandíbula pegada y nariz libre (6). Si es necesario, se agarrará el pecho para ofrecerlo: se debe coger en forma de “C” con el pulgar unos centímetros por encima de la areola y el índice por debajo, desaconsejándose hacer posición de pinza, con el índice y el corazón. El agarre del niño con el pecho no debe doler y el dolor es un signo de mal agarre (5,7).

Existen diferentes técnicas de colocación del bebé y la madre: acostada o sentada, a caballito, en balón de rugby (también llamada posición invertida) o con el bebé tumbado (5,6).

La posición **sentada** suele ser la más habitual, será necesario que dejes caer el pecho hacia delante y buscar una elevación de rodillas o usar cojines para mantener la elevación. Se puede ofrecer el pecho **tumbada**, mayoritariamente acostada de lado, lo cual favorece mucho en el período postparto. En las tomas nocturnas o si está cansada, la posición debe mantenerse con un brazo elevado o sujetando la cabeza y con el bebé en frente al pecho de abajo. La posición **invertida o en balón de rugby** se recomienda con senos grandes y niños prematuros o de bajo peso, también si la madre ha sido intervenida por cesárea. La cabeza se posiciona en el brazo de la madre y el cuerpo en el antebrazo.

Las razones médicas para administración de suplementos son: pérdida de peso del recién nacido, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia y un parto prematuro (9), siendo esta última muy controvertida.

La alimentación mediante suplementación debe hacerse si por cualquier motivo es imposible darla directamente del pecho y así suplir la nutrición sin que se ponga en riesgo el estado de salud del bebé. Se debe generar una estrategia para finalmente poder volver de nuevo a la LM efectiva (8). Los instrumentos más utilizados son **las tetinas**, pues facilita mucho el ejercicio de succión para el recién nacido, aunque luego genera muchas dificultades a la hora de volver al pecho (5,7,8). Se puede alimentar al bebé con **taza o vaso** ofreciéndoselo directamente a la boca y estimulando el reflejo de búsqueda, similar a la alimentación con **cuchara**. Estos métodos son lentos o solo utilizados para la transición. La alimentación con jeringa también se usa para cantidades pequeñas. Nunca debe hacerse directamente desde la jeringa, ya que puede ocasionar lesiones en la boca del niño. Se debe ofrecer una tetina o un dedo para que succione y

degluta (5,8).

La alimentación por sonda se divide en dos. Por un lado, se usa el **dedo-sonda**, en el que la lactancia no está establecida por completo y el bebé se coloca lo más vertical posible revisando que los labios estén bien evertidos. Por otro lado, se encuentra el método de alimentación por **relactador**, el cual es muy usado para estimular el agarre y mantenerlo en el pecho, sujetando la sonda con cinta cerca al pezón. La sonda va conectada a un recipiente con leche. El bebé, al realizar succión efectiva a parte de leche materna, saca también la de la sonda, estimulando así el propio pecho de la madre (8).

En muchas ocasiones los niños dejan la lactancia antes de tiempo y se comienzan a introducir otro tipo de alimentos, y es por esto por lo que se ha apreciado un aumento de las tasas de obesidad (2,3) y de la aparición de infecciones gastrointestinales (4).

Entre los beneficios de la lactancia materna en el niño nos podemos encontrar con el gran aporte de nutrientes y energía correspondiente para el lactante (2), disminución de la tasa de obesidad (2-4,10) y disminución de infecciones en el lactante (4,10,11), siendo esta una de las principales causas de muerte en recién nacidos. Es por esto último, por lo que se produce una disminución de las tasas de mortalidad infantil (12). Se observan también mayores medidas de inteligencia y disminución de las probabilidades de padecer diabetes en el futuro (4).

La madre también se beneficia de la lactancia materna disminuyendo las probabilidades de padecer cáncer de ovarios y de mama (4) y, también, bajando significativamente la depresión postparto (13). La lactancia materna mejora el vínculo madre-bebé, mejora la satisfacción materna y reduce la sensación de estrés mejorando el estado de ánimo (13).

2.1.3. Epidemiología de la lactancia materna

En la Imagen 1 se presentan los últimos datos publicados en el 2022 en relación con la tasa de natalidad presentando un valor de un 7,1 por cada mil habitantes. Los datos desde 2009 hasta ahora han bajado de manera drástica, disminuyendo desde 10,9 hasta 7,1 (3,8 menos por cada 1000 habitantes) debido al envejecimiento poblacional que estamos viviendo y al estado socio económico en el que nos encontramos (14). Además, con lo que observamos podemos ver que la edad media de la maternidad es de 32,61 años para el primer hijo, lo que nos indica que las probabilidades de esas madres de tener más descendencia disminuyan debido a la edad (14).

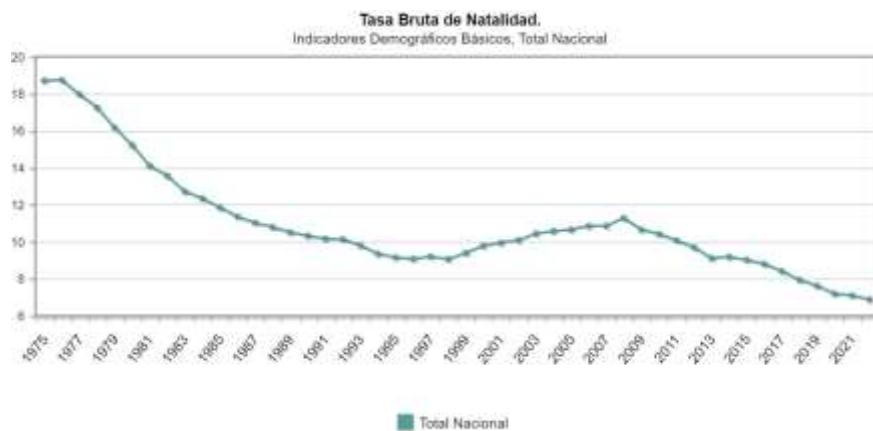


Imagen 1. Tasa bruta de natalidad (14).

El Instituto Nacional de Estadística (15) recoge los datos de tasa de lactancia materna divididos en tres periodos: exclusiva a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses (Imagen 2). A las 6 semanas se observa que comienza una tasa de lactancia natural alta, la artificial no supera la mitad y la mixta se presenta en pobres proporciones. A los 3 meses la gráfica va cambiando y baja drásticamente y a los 6 meses la lactancia artificial aumenta hasta casi doblar a la lactancia natural. Se puede observar cómo, posiblemente, se haga un intento en mantener la lactancia materna a los 3 meses, pero debido a las incorporaciones tan tempranas al trabajo tras el permiso de maternidad, muchas madres ven insostenible la posibilidad de dar el pecho hasta los 6 meses.

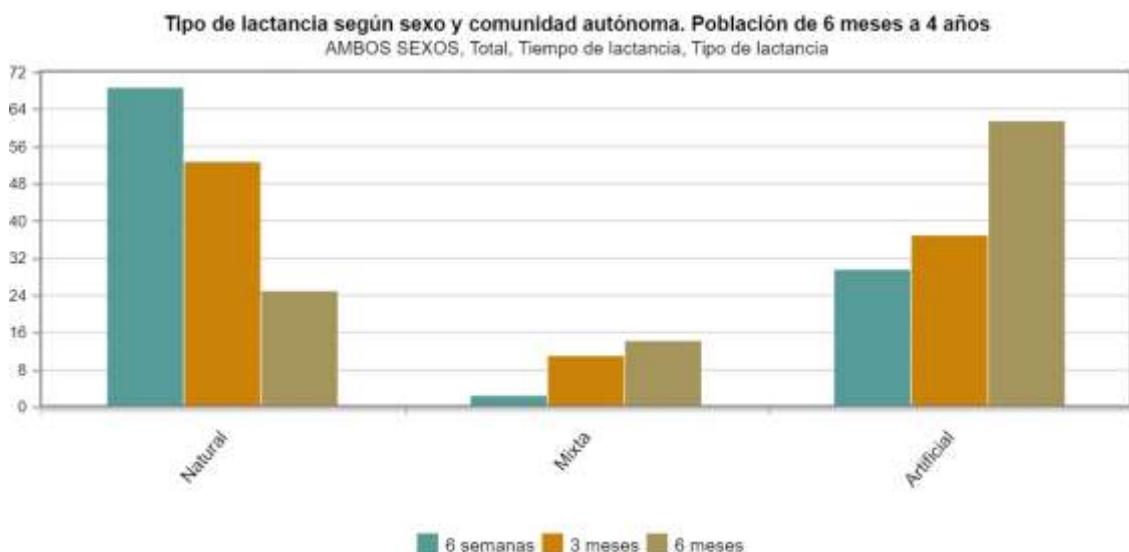


Imagen 2. Tasa de lactancia materna (15).

Uno de los factores más influyentes y que más dificultan el mantenimiento de la LME es

el corto permiso del permiso de maternidad (16).

2.1.4. Salud mental y lactancia materna

El período del postparto, también descrito como cuarto trimestre, y que puede durar entre 6 y 8 semanas, es un período de convalecencia materna en el que la salud y el bienestar se pueden ver afectados y repercutir en el recién nacido (12), debido principalmente a que es uno de los momentos con más cambios en la vida de una mujer (17) . Aunque el cuarto trimestre pueda durar hasta 8 semanas, el período perinatal puede llegar hasta los dos años (18).

A parte de orientarnos a la salud física, debemos hacer hincapié en la salud mental (SM), ya que 1 de cada 5 mujeres sufre algún trastorno psiquiátrico en el período perinatal debido en gran medida a la idealización de la maternidad (13,17). Tanto en las mujeres con trastorno mental grave (TMG) (trastornos alimenticios, trastorno de bipolaridad, la esquizofrenia, depresión grave mayor y también los trastornos psiquiátricos postparto) como en los trastornos comunes (como la ansiedad y la depresión) las tasas de lactancia son realmente bajas, aunque no se ha podido valorar la exclusividad de la lactancia (19). De este modo, se observa que la no lactancia puede aumentar la posibilidad de ingresos en el hospital por motivos de salud mental graves durante el primer año por esquizofrenia, trastorno bipolar o consumo de sustancias (13). Se consideran los trastornos comunes los más prevalentes en el postparto. En general en los trastornos mentales las tasas de lactancia materna son bajas por la falta de apoyo del personal, el miedo al amamantamiento durante el uso de fármacos y el estigma de las enfermedades psiquiátricas (19).

Los trastornos de salud mental de la puérpera están entre las complicaciones más habituales, afectando a 1 de cada 7 mujeres. Estas cifras hacen necesaria la prevención sobre este tipo de trastorno, en especial en mujeres con alto riesgo de desarrollarlo. La depresión postparto (DPP) es una de las patologías más prevalentes e incapacitantes, llegando a considerarse un problema de salud pública que tiene consecuencias graves, como el infanticidio o el suicidio (17). Las tasas de depresión son claramente más altas en personas con recursos económicos bajos, siendo normalmente mujeres de edad temprana, bajo nivel cultural y solteras, en ocasiones incluso, consumidoras de sustancias. Según la fisiología de las hormonas en el embarazo y la lactancia, estas actúan en el cerebro y se introducen cambios en el comportamiento de la madre. La LM se considera una moderadora de los síntomas de DPP, aumentándolos o disminuyéndolos si previamente existían síntomas (20).

Scorza et al. (21) comentan la importancia de seguir un enfoque didáctico en esas mujeres y que se les explique la influencia del ánimo de la madre con el probable comportamiento del niño. Como intervención propone un método de *mindfulness* durante el período prenatal, habilidades parentales, sobre cómo abordar las demandas y necesidades del recién nacido, educación psicológica, en el que enfocarse en una visión realista de su futuro con el bebé. El objetivo es que tras el parto los padres estén dotados de herramientas para un mejor afrontamiento a los picos de estrés. Otros autores como Pope et al. (22), se centran en la detección temprana de los trastornos de salud mental, que normalmente están envueltos por vergüenza y tabús. Además, propone una intervención temprana a base de ofrecer conocimientos y apoyo psicológico y emocional por parte de los profesionales sanitarios. Esta red de apoyo y la intervención informal, como puede ser una quedada con otras amigas para una charla, y que pueden mitigar los problemas en salud mental de la madre e influyente en el niño. Los factores de riesgo del trastorno de salud mental son: la edad materna, el tabaquismo, el nivel económico, la procedencia, si es nulípara o multípara, la edad gestacional y el método de parto (13). Además, se ha observado que el bajo nivel de educación y de economía influyen negativamente en el nivel de salud tanto de la madre como del niño, debido a la falta de capacidad de entender y aplicar las habilidades de cuidado (12).

Chaves-Martínez et al. (17) ha observado que los síntomas depresivos son más prevalentes en el tercer trimestre de gestación que incluso en el período postparto, siendo la depresión prenatal uno de los factores de prevalencia más significativos de la DPP. Otros de los factores son: superar los 35 años, ser un embarazo no planificado, ser madre soltera y enfrentarse al primer parto. Se ha llegado a la conclusión que deberían añadirse cribados de SM perinatales para la prevención de DPP y promover proyectos de Educación para la Salud en la gestión de emociones para mejorar la SM de las futuras madres.

Ding et al. (23) habla sobre la analgesia epidural y la relación con la ansiedad y DPP. Se ha evaluado el uso de la analgesia epidural durante el parto y hay una relación significativa en la disminución de la DPP durante al menos las 6 primeras semanas tras el nacimiento del niño.

La corta lactancia materna o la no lactancia se asocia con una alta prevalencia en la depresión postparto, siendo también las malas experiencias tempranas un factor de predisposición a la depresión postparto o ansiedad (13). En especial la ansiedad puede tener una prevalencia del 30 al 36% en las madres en período perinatal, dándose por una serie de factores sociales o sociodemográficos, psicológicos o incluso propiamente fisiológicos. En el artículo de Pope et al. (18) , investigan cómo ha influido el estrés

materno de la Pandemia COVID en la calidad de vida tanto de la madre como en la del niño, aumentándose la reactividad al estrés del niño y las alteraciones tanto de desarrollo fetal como en el del bebé ya nacido a nivel emocional y psicológico.

El mantenimiento de la lactancia materna es un factor de buen pronóstico que puede retrasar hasta en un año el ingreso por depresión, trastornos de ansiedad o adaptación. Dicho mantenimiento también indica un pronóstico favorable para el bienestar de las madres que no tenían patología de salud mental previa (13).

2.1.5. Factores predictivos en la lactancia materna

La falta de conocimiento en salud materna se asocia con peores resultados en el parto y en el postparto, aumentando las tasas de cesáreas, aumento de posibilidad de parto prematuro, tasas de bajo peso al nacer, aparición de depresión postparto, sobrepeso y menor tasa de LM (12). El mayor factor predictor del mantenimiento de la lactancia materna es la autoeficacia (12,19,20,24,25).

No solo la autoeficacia en la LM es un factor de buen pronóstico, sino que el inicio temprano de la piel con piel y el amamantamiento en las primeras horas de vida del niño hacen que mejore la probabilidad de mantener una lactancia materna exclusiva (13). Se define la autoeficacia en la LM como la certeza que experimenta la madre para poder alimentar a su hijo con su propia leche (24,25) y dentro de esta definición se meten varios términos: orientación, apoyo, estrés, experiencias postparto y entorno social (24).

La baja confianza en sí mismo y experiencias negativas previas con la lactancia materna, están relacionadas con el rechazo a volver a amamantar (25). Unos de los factores más importantes en los cambios de percepción de la autoeficacia son: secreción insuficiente de leche, preocupación de la salud del bebé o que no gane peso suficiente y complicaciones en la mama (26).

Además, se ha observado que el mayor problema que existe en la lactancia materna es la posición de succión del pecho, que está relacionado con el dolor de la mama y aparición de grietas. Por otro lado, se habla sobre el uso de chupetes, el cual no está relacionado con el mantenimiento de lactancia exclusiva, pero sí se podría relacionar con la aparición temprana de problemas en la lactancia. Se ha observado que con las asesorarías de lactancia disminuyeron las mastitis y aumentó el rendimiento o autoeficacia de la lactancia materna hasta al menos los 4 meses postparto (25).

Algunas de las dificultades que se expresan en la lactancia son la sensibilidad, dolor y trauma en el pezón, congestión de la mama, o sensación de no producir leche suficiente.

También puede ocurrir en partos gemelares, que el bebé llora de manera excesiva o que se duerma demasiado, pérdida de peso, uso de tetinas de biberón, reflujo infantil o atragantamientos, uso del chupete o de la alimentación complementaria. Respecto a la mama, añadimos la sensibilidad, el dolor y trauma en el pezón, congestión de la mama sensación de no producir leche suficiente y el aplanamiento de los pezones, mastitis recurrentes que pueden derivar hasta en abscesos mamarios (24,25,27). Cualquier incidencia de las enumeradas pueden llevar al abandono de la LM (20).

La anquiloglosia es una banda de tejido conjuntivo que puede pegar parcial o total la base de la boca hasta su línea media, limitando el movimiento funcional. Este tejido puede ser mucoso, fibroso o muscular. Se estima que hasta un 12% de los casos de lactantes que provocan grietas en los senos se debe a tener frenillo corto. Las consecuencias del frenillo corto pueden ser: grietas o dolor en las mamas, mastitis o destete precoz, chasquidos durante las tomas, dificultad para el agarre, mala succión o retraso de la ganancia ponderal (5,28). Está comprobado que el tratamiento de elección para reducir el destete es la frenectomía si no funciona el tratamiento conservador (28). Existen 4 tipos de frenillos sublinguales clasificados del I al IV (28). La escala más utilizada para la valoración y clasificación es la de Hazelbaker, en la que valora el aspecto y la funcionalidad de la lengua, en la que menos de un 8 y menos de un 11 en aspecto y función, respectivamente, se clasificaría como una anquiloglosia moderada y puede indicar intervención quirúrgica (5).

Se debe hablar también de las patologías propias de la mama que puede ir desde los problemas más tempranos en las mamas como el **dolor de pezones**, frecuentemente normal al inicio de la toma, pero que no debe mantenerse durante toda ella o a lo largo de los días. El dolor indica mala colocación y agarre del niño. Se pueden formar **grietas**, también asociadas a la mala colocación y agarre del bebé al pecho o solo agarre al pezón, debido a la interacción que pueden producir tetinas y chupetes o al frenillo anómalo. La **ingurgitación mamaria** se produce cuando hay más leche de la que el niño es capaz de extraer aumentando el tamaño del pecho y produciendo dolor. Entre las causas está la separación de la madre y el niño o que las tomas no sean a demanda. En los momentos de máxima tensión del pecho se recomienda extraer antes de poner al bebé a la toma por las dificultades que podría tener para agarrarse (5).

También pueden presentarse problemas tardíos, como la obstrucción de conductos, mastitis o abscesos mamarios. La **obstrucción en los conductos** se produce por el mal vaciado del lóbulo mamario o el uso de sujetadores que comprimen demasiado el pecho. Las mujeres notan un bullo que suele en el pecho y puede que se enrojezca la

zona. La solución adecuada sería el calor local previo a las tomas para facilitar la salida y ofrecer más veces el pecho, en especial poniendo la lengua del bebé en el lado afectado. Si no se termina de vaciar será conveniente extraerse con sacaleches. La **mastitis** es una inflamación de los lóbulos da la mama que puede ir acompañado o no de infección y puede ocurrir a lo largo de toda la lactancia. Cuando no hay infección suele presentarse porque no hay un buen drenaje de leche en las células mamarias. Si el cuadro no se resuelve se traduce en una respuesta inflamatoria y evoluciona a una mastitis infecciosa, debido al sobrecrecimiento bacteriano. En caso de mastitis está contraindicado el abandono de la LM por la disminución del riesgo de complicaciones. Se debe de poner calor local en el pecho y realizar masajes para facilitar la extracción, que debe hacerse con extractor también tras la toma. Entre tomas se recomienda frío local para aliviar el dolor e incluso uso de antiinflamatorios si es necesario. Si no se trata a tiempo es muy habitual la aparición de un **absceso mamario**. La clínica es similar al de la mastitis, pero más intenso y localizado en un punto con una masa. El tratamiento consiste en drenar el absceso mediante tratamiento quirúrgico (5).

2.1.6. Herramientas de mantenimiento de la LM

El mantenimiento de la LM, como se ha comentado previamente, debe ser de seis meses de forma exclusiva y hasta dos años como complementaria. Para muchas mujeres es complicado mantener la lactancia dada a la alta desinformación que hay sobre la misma, las cuales hacen evidentes las bajas tasas de LME (23,24). Mediante los programas educativos se aumenta la posibilidad de amamantar al bebé, además de otros parámetros postparto (23). Entre estos parámetros encontramos la vacunación, la subinvolución uterina, disminución de mastitis, estreñimiento y dermatitis de pañal (12). Se ha visto que la medida más eficaz para las dificultades de lactancia es el asesoramiento (25), debiendo cultivar el trato humano y presencial (29). Cuando hablamos de asesoramiento de lactancia nos referimos a la capacidad de ayudar a la madre a comprender el entorno, adquirir conocimientos y prácticas que mejoran las técnicas de lactancia, sobre todo ayudándolas a manejarse con las diferentes posiciones del bebé y de la mama. De este modo, se resuelven problemas de pezones o encontrando las razones por las que aparecen las mastitis o la leche insuficiente (25). Otro método de mantenimiento de la LM es la inclusión de familiares en la educación de la LM (20,30). Amiri-Farahani et al. (30) se incluye a las abuelas de los recién nacidos para participar en la LM de la madre. Se trata de averiguar si con esa intervención hay un aumento de la autoeficacia materna y mantener la tasa de LM que tan necesaria ve

la OMS en subir a un 50%. Se debe destacar, que este estudio es de Irán, en el que a nivel cultural es la madre de la puérpera la que se ocupa y se queda en casa ayudándola y no el padre. Se podría incluir a cualquier familiar que vaya a ayudar a esa madre. Se ha visto que una actitud positiva del acompañante hacia la LM aumenta la posibilidad de amamantar y, por tanto, un método eficaz en el mantenimiento de la LM.

Dimirci et al. (31) habla sobre la técnica de extracción prenatal o AME en inglés. Esta técnica consiste básicamente en la extracción de calostro a partir de la semana 36-37 de gestación. Se consigue hacer un banco previo al nacimiento del bebé y a posteriori poder suplementar al bebé con el calostro y disminuir los aportes de fórmula artificial, lo cual disminuiría la producción de leche. El uso de este método de extracción ayuda a aumentar la autoeficacia en la LM, tan importante para mejorar las tasas, además de la percepción de la producción de leche una vez nacido el bebé. Esta técnica ha sido investigada sobre todo en madres con diabetes mellitus previa o diabetes gestacional (DM o DG), pero también es muy interesante en madres con niños de bajo peso para la edad gestacional (BPEG) o con patologías previamente diagnosticadas en las que se vean muy favorecidos con leche materna. Para la extracción del calostro debe usarse la técnica de extracción manual, más conocida como “la técnica Marmet”. Tras la extracción debe congelarse hasta el nacimiento del niño. Desde la semana 37 a la semana 40 la producción de calostro puede ir aumentando. No se encuentran efectos secundarios graves que puedan afectar ni a la madre ni al feto, como las que podrían ser contracciones uterinas, sangrado vaginal, no influye en el peso del feto ni disminuye el movimiento fetal. En cambio, sí que se registran dificultades menores durante la extracción: dolor o fatiga en el brazo, dificultad en la recolección, náuseas, molestias e irritación en la mama, aumento del movimiento fetal y calambres uterinos autolimitados en el tiempo.

En el artículo de Abdullahi et al. (11) se habla sobre la importancia de la protección, promoción y el apoyo de la lactancia. Se propone usar estrategias de intervención comunitaria con apoyo de pares, siendo estas estrategias las más efectivas, en cambio, solo el uso de información no se ve efectivo. En la intervención se combina educación prenatal y postnatal. Es un estudio desarrollado en Etiopía, en el que dicen que es necesario que las tasas de lactancia aumenten debido a los beneficios que producen en el neonato, disminuyendo en gran medida la morbilidad del neonato y mejorando el perímetro del brazo.

En el artículo de Mäkälä et al. (9) se presenta la iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños o programa iHAN (iniciativa para la Humanización de Asistencia al Nacimiento) en los que se establecen “Los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa” desarrollado por la OMS y UNICEF para el apoyo de la LM. En esta iniciativa se establece que se debe

hacer una educación acorde a los profesionales de la salud. Se ha visto que, si la experiencia personal previa de la madre es buena, a su vez influye de forma positiva, si los profesionales sanitarios apoyan la LM hay una disminución de las tasas de suplementación.

En el artículo de Slomian et al. (29). han visto que el mejor momento para comenzar a dar apoyo en la información sería en el postparto, en especial a mujeres primíparas. La mayoría de ellas han necesitado hacer búsquedas por internet en un 90,5% por la necesidad de saber si lo están haciendo bien con su hijo. Esto a su vez podría relacionarse con la autopercepción previamente mencionada. Los temas más repetidos en sus búsquedas serían la lactancia, tanto materna como de biberón, la sexualidad, la pérdida de peso, en qué momento se reanuda normalmente el ciclo menstrual, depresión y tristeza postparto, cesárea y búsquedas sobre el dolor y cansancio materno. También aparecen búsquedas sobre el crecimiento del niño, la dentición y la alimentación en general. Además, comentan que el conocimiento a partir de las nuevas tecnologías puede y debe desarrollarse y podría facilitar a estas puérperas, sin desatender el componente humano que debemos cultivar en este momento del ciclo vital. Sin embargo, no se trata del único artículo que nos refiere a las nuevas tecnologías y a la resolución de dudas por internet. Maya et al. (4) crea talleres prácticos a partir de vídeos de educación materno-infantil basada en la LM, llamada intervención MOVIE, en el que posteriormente se asignan madres mentoras y se hace un control de la intervención vía WhatsApp.

Pilus et al. (26), en su artículo sobre la intervención en la autoeficacia de la lactancia materna en base a la teoría social y cognitiva, nos dice que la autoeficacia es un determinante indispensable en la lactancia materna y es lo que confiere a la madre la confianza y certeza de que va a poder amamantar a su hijo. Nos aporta un nuevo método de intervención en la lactancia: la teoría social cognitiva. Esta teoría evalúa las creencias en salud y su manejo para adoptar estas habilidades. En esta investigación usan la intervención cara a cara y vía Whatsapp, llegando a la conclusión de que el uso de las redes en medida de apoyo puede mejorar la autoeficacia en la lactancia materna.

Se ha visto también que existen intervenciones mediante mensajes personalizados a cada una de las madres. En el estudio de Zhuang et al. (16) se pretende valorar si el envío de los mensajes persuasivos conseguiría aumentar el tiempo de LME. Los tipos de mensajes que se mandaban eran: de adaptación, aquellos orientados para continuar con las técnicas saludables; mensajes persuasivos y de autoconstrucción, sobre el enfoque de la familia; y mensajes de promoción de la LM sobre el beneficio de la madre y el bebé. Se observa que los mensajes más eficaces a la hora de influir en las madres en el mantenimiento de la LM son los de promoción y en específico de los beneficios a

largo plazo.

Se deben buscar espacios seguros para las mujeres y así mejorar la relación del profesional con el paciente. Se habla sobre las intervenciones relacionales y las Terapias de Alianza, aquellas que se caracterizan por el respeto mutuo, la confianza y mantener unos objetivos comunes. De esta manera, se ha visto un efecto en el que se beneficia la salud mental perinatal. Para mejorar la salud mental perinatal se debe invertir en personal especializado en maternidad y en características como la promoción, el liderazgo en la partería y alejarse de buscar un enfoque medicalizado (18).

2.2. Justificación

Hay estudios científicos infinitos que avalan los beneficios de la lactancia materna. Se puede presuponer que la LM es beneficiosa para el bebé, incluso para la madre, pero a nivel de Salud Pública, por su importante papel en la inmunidad es irrefutable (4,10-13). Entre las organizaciones que defienden la LME está la OMS. Esta organización pretendía que para el año 2025 las tasas aumentasen hasta en un 50% con LME, al menos, los primeros 6 meses de vida (2). Estas cifras por ahora no serán posibles dado que en España se registraron en el año 2022 un 24%, aún debemos saber las cifras del INE que saldrán este año (15).

Un factor para tener en cuenta en la baja tasa de lactancia mundial es el desarrollo científico y social a nivel global. Desde la incorporación de la mujer al mundo laboral, la mejora de las fórmulas y, en muchas ocasiones la salud emocional que caracteriza a este momento de vida, la falta de conocimientos y la inexperiencia hace imposible que se mantenga la LM hasta mínimo los 6 meses.

En los servicios públicos en España observamos una baja educación para la salud en la LM previa al parto, en la que se consigue dar un pequeño seminario de una hora en los talleres de preparación al parto. En el período postparto las madres sí que tienen atención en la lactancia, pero una vez se instaura el problema y esto se considera insuficiente dadas las bajas tasas de LM. La Educación para la Salud es un trabajo de enfermería que podemos llevar a cabo mediante los talleres prenatales que propongo. Además, se ha visto que la información y la educación prenatal son esenciales en especial a las parejas primíparas para fomentar la confianza y la autoeficacia en la LM, evidenciando que aumentan las tasas de inicio y de continuidad. En especial se debe involucrar a la familia y aquí, en España principalmente al padre, ya que él será el principal apoyo y soporte tanto emocional como físico para la madre (5). Un proyecto educativo en el cual se fomente la lactancia, que se recuerden los beneficios, se den instrucciones sobre las posiciones correctas que deben adoptar la madre y el niño, además del agarre, resolución de problemas y mostrar cómo resolverlos y evitar el uso de tetinas y suplementación (5). También se demuestra que existen herramientas como ejercicios de gestión emocional y relajación para los momentos más duros en el que también se involucre a la pareja o a parte de la familia en el mantenimiento de la LM.

3. Población y captación

3.1. Población diana

El ámbito territorial que servirá como referencia para enfocar el proyecto será la población de Valdemoro. Actualmente, la pirámide poblacional en Valdemoro se configura como en la “Imagen 3”. Son susceptibles a ser tratadas las mujeres en edad fértil que estén embarazadas de más de 27 semanas, lo que reduce considerablemente la muestra. También valoramos la tasa de natalidad, que es de 7,34 (14), para hacer una posible estimación de los nacimientos de cada año.

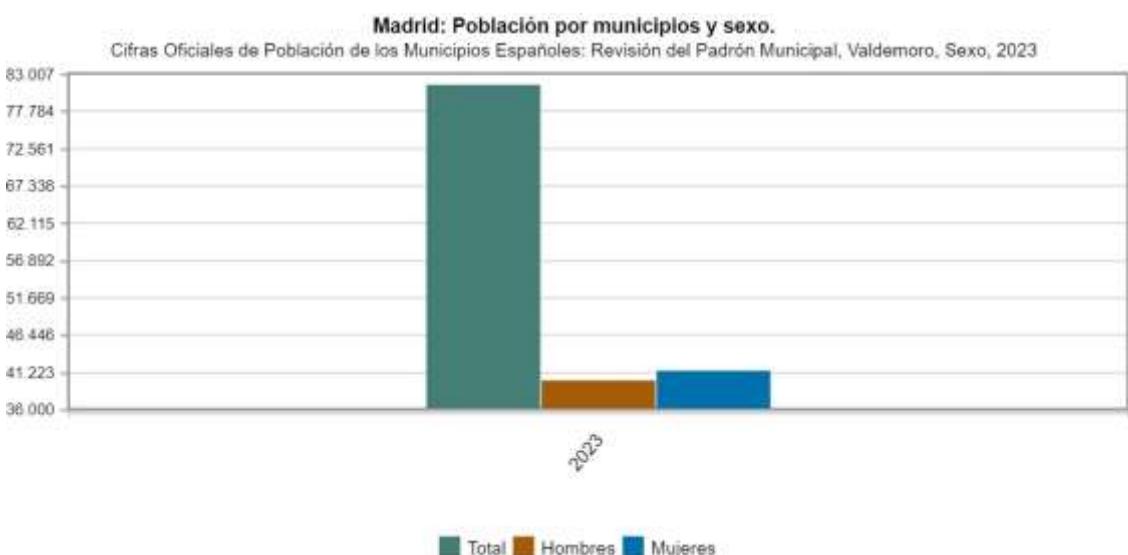


Imagen 3: Población de Valdemoro, datos de 2023 (14).

Como se comentaba en apartados anteriores, las tasas de natalidad cada vez caen más en nuestro país. Según los datos del INE, la tasa de natalidad en España es de 7'1, es decir, 3'8 por cada 1000 habitantes (14), pudiendo extrapolarse estos datos a la población de Valdemoro.

Según lo expuesto en diferentes artículos, el target de población al que se dirigen los talleres de LM es a todos los padres, no excluyendo a ninguna pareja (13), o bien solo a las madres nulíparas (20,30). En otros artículos se excluyen madres e hijos en riesgo medio o alto y bebés que no puedan ser amamantados (20,27).

En el artículo de Shafaei et al. se habla del asesoramiento prenatal. Las madres que se incluyan en el proyecto deben saber leer y escribir, pueden tener antecedentes de lactancia fallida y estar en el tercer trimestre del embarazo. Se deben excluir madres con anomalías fetales o que se contraíndique la lactancia materna y embarazos de riesgo alto (25).

En definitiva y según la literatura científica, la población diana a la que va dirigido este proyecto en concreto hace referencia a las mujeres embarazadas con un acompañante que vivan en Valdemoro y con su C.S. de referencia en dicha localidad. Este taller también se dirige a las parejas o aquellas personas que vayan a ayudar a la madre en la crianza de ese bebé, aquel que vaya a ayudar o a convivir con la madre y el bebé. Las madres deben desear dar lactancia o mujeres que hayan tenido una experiencia negativa previa y deseen volver a intentarlo. Se pedirá que el embarazo no tenga riesgos y que el bebé pueda mamar en el futuro. Se acogerá hasta un total de 8 parejas por taller en cada turno, es decir, 16 personas en total, ya que se considera que así podrá darse una atención adecuada a todos los integrantes con relación al tiempo.

A continuación, se señalan los diferentes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión: embarazadas de bajo riesgo (nulíparas, primíparas o multíparas) que no hayan dado el pecho previamente o que no haya sido de manera satisfactoria.
- Criterios de exclusión: riesgo durante el embarazo y/o malformaciones del feto que no hagan posible amamantar.

3.2. Captación

Las áreas de atención primaria en Madrid se dividen en siete direcciones asistenciales que llevan la coordinación: área norte, área oeste, área este, área sureste, área noreste, área centro y área sur (32). El área al que pertenece el Centro de Salud (CS) “El Restón” es del área Sur, que será donde se realizarán los talleres. Está ubicado en la Avenida del Mar Mediterráneo, 1, en Valdemoro. En este CS a parte de los profesionales básicos que debe haber en este tipo de centros (médico de familia, pediatra y enfermera), hay servicio de Fisioterapia, Odontología, Matrona y Trabajo Social (33).

La captación se realizará en los CS de Valdemoro: que son el CS de Valdemoro y el CS “El Restón”. Se promocionará mediante la Comisión de Educación para la Salud del Centro de Salud (CS) “El Restón” a través de las actividades de prevención.

Se hará promoción mediante carteles promocionales visibles (ANEXO 1) y un tríptico informativo que se entregará a las familias que se interesen en el taller (ANEXO 2). También se intentará contactar con las embarazadas desde el segundo trimestre mediante teléfono o SMS. La matrona tendrá un papel importante con la gestante, ya

que podrá hacer promoción del taller durante las visitas. Será recomendable captar en la 6^a visita (26-28 semanas), pero se tendrá que ir dando información a partir de la 4^a visita (16-18 semanas) (34). Se les entregará una hoja de inscripción al taller para que la rellene si les interesa y pretenden asistir, tal y como se observa en el ANEXO 3. También se facilitará el número de teléfono del CS: 91 801 84 00, por si desean llamar las propias madres y apuntarse al proyecto de forma telefónica (33).

4. Objetivos

4.1. Objetivos generales

El objetivo general será crear un taller para promover y fomentar una buena gestión de la lactancia materna.

4.2 Objetivos educativos específicos

- Enseñar las complicaciones más frecuentes que se darán durante el proceso y sus resoluciones.
- Demostrar la importancia de la LM a los padres para que puedan tener una visión positiva de la misma para poder mantenerla el máximo tiempo posible, o al menos, los 6 primeros meses.

5. Contenidos

A este taller debe acudir la futura madre y debe tener un acompañante. El acompañante debe ser la persona que vaya a atender a la madre y al niño en mayor proporción. En la mayoría de los casos será la pareja o la madre, al menos en España culturalmente se suele hacer así. Serán talleres prenatales, preferentemente que las madres acudan en el último trimestre de embarazo.

El contenido será expuesto a continuación:

CONTENIDO TEÓRICO- PRÁCTICO.

Sesión 1: Introducción básica en la LM.

- **Hacer conocedora a la familia de qué es la LM y los tipos de lactancia.**
- **Enumerar beneficios a corto y largo plazo.**
- **Fases de la subida de la leche y cómo estimular la subida.**

Sesión 2: Técnicas de buen agarre e identificación de problemas.

- **Conocer la postura adecuada del niño al pecho.**
- **Buen agarre areola-boca.**
- **Diferentes posturas que pueden adoptar.**
- **Malas posiciones, coordinación.**
- **Anquiloglosia: qué es, los tipos y por qué puede dificultar.**
- **Cuando acudir a un profesional.**

Sesión 3: Problemas de Lactancia. Extracción y conservación de leche.

- **Diferentes tipos de problemas en las mamas.**
- **Intervenciones para intentar hacer en casa.**
- **Cuando acudir a un profesional.**
- **Extracción, diferentes métodos de uso y conservación de leche.**

Sesión 4: Problemas de SM postparto y gestión de emociones.

- **Patologías principales: ansiedad y DPP.**
- **Técnicas de relajación, mindfulness y otros métodos.**
- **Cribado de DPP.**

Tabla 3. Tabla de elaboración propia. Distribución de las sesiones y contenidos principales.

Objetivos de conocimiento: estos objetivos son aquellos que se relacionan con el saber y la parte más cognitiva que interviene en la comprensión de la información que se ofrece en la formación.

- Los participantes aumentarán los conocimientos sobre la LM, beneficios y posición correcta.
- Los participantes podrán identificar problemas básicos en la lactancia, soluciones y motivos por los que consultar con un profesional.

Objetivos de habilidades: es el que está relacionado con el saber hacer. Se trata de adquirir nuevas aptitudes y destrezas relacionados con el campo a tratar.

- Las madres adquirirán las habilidades o sabrán colocar en la posición correcta a los muñecos de práctica.
- Los participantes podrán realizar meditaciones sin guía/mindfulness para regular los momentos de mayor estrés.
- Capacitar a los integrantes el confrontamiento positivo de las complicaciones que puedan presentarse.
- Los futuros padres valorarán positivamente la importancia de la LM como medio de salud tanto de la madre como del bebé.

Objetivos afectivos: relacionado con el saber ser, es decir, es un saber emocional, de actitud frente al tema del taller.

- Capacitar a los integrantes el confrontamiento positivo de las complicaciones que puedan presentarse.
- Mantener la seguridad en la autoeficacia de la LM para poder así lograr mantenerla y mejorar la salud mental.

6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

6.1. Planificación general

6.1.1. Cronograma general

El proyecto se dividirá en 4 sesiones, como se expone en la tabla 4. En cada uno de ellos se desarrollará una parte más teoría y otra práctica. Tendrán una duración de máximo 1 hora y media. Se proponen dos grupos principalmente, uno de mañana y otro de tarde, con posibilidad a abrir un tercero de tarde debido a los posibles turnos de trabajo de los integrantes.

Se comenzarán a realizar a partir del 13 de mayo. Los turnos de mañana serán lunes y los de tarde jueves, en los siguientes horarios:

	HORARIO DE MAÑANA (10:30-12:00H)	HORARIO DE TARDE (17:00-18:30H)
SESIÓN 1	13/05/2024	16/05/2024
SESIÓN 2	20/05/2024	23/05/2024
SESIÓN 3	27/05/2024	30/05/2024
SESIÓN 4	03/06/2024	06/06/2024

Tabla 4. Fechas de distribución de las sesiones. Elaboración propia.

Al llegar los participantes deberán llenar la tabla de asistencia (ANEXO 4) en la que pondrán sus nombres, DNI y firmarán para poder mantener el registro. Se les entregará tras las presentaciones e introducción de los bloques del día, se llenará mientras se desarrolla el taller. Por último, se les pasará un test para valorar lo que han aprendido durante el taller.

6.1.2. Participantes

Como se señaló anteriormente, se propone incluir un número de 8 parejas, 16 personas en total, dado que la evidencia dice que tener un apoyo en casa que conozca sobre el tema mejora las tasas. El acompañante debe ser una persona que se vaya a hacer cargo de la futura madre y del niño, normalmente en nuestra cultura suele acudir la pareja o la madre.

Las embarazadas deben estar en el tercer trimestre de gestación para poder entrar

como participantes del proyecto, siendo preferentemente embarazos de bajo riesgo, sin excluir a mujeres con diabetes mellitus (DM) o diabetes gestacional (DMG), mujeres con fetos de bajo peso para edad gestacional o con alguna enfermedad ya diagnosticada, ya que puede favorecer el desarrollo futuro de ese niño.

6.1.2. Docentes

El proyecto educativo será impartido principalmente por un enfermero experto en lactancia materna o una matrona. Se incluirá la participación de un psicólogo en la última sesión para enseñar técnicas básicas de gestión de emociones y mindfulness.

6.1.3. Lugar de celebración

El lugar de celebración donde la actividad será desarrollada es la sala de reuniones “C.S. El Restón”. El centro sanitario está ubicado en la avenida del Mediterráneo, 1, en el municipio de Valdemoro, Madrid (33). Abarcará toda la población de Valdemoro, ya que las matronas se ubican exclusivamente en ese centro.

El lugar de desarrollo será de la sala de reuniones, como se puede ver en las imágenes 4 y 5. Esta sala cuenta con el espacio suficiente para acoger a todos los participantes y realizar los ejercicios.





Imágenes 4 y 5. Sala de reuniones en distintas perspectivas. Elaboración propia.

6.2. Sesiones

A continuación, se describirá cada una de las sesiones y se desarrollarán los métodos y dinámicas durante el proyecto educativo:

Sesión 1: Introducción básica de LM.

CONTENIDOS	OBJETIVOS	TÉCNICA	DURACIÓN	RECURSOS
Presentación del taller y del docente de enfermería.		Se presenta el docente y qué es y cómo va a estructurar el taller en las diferentes sesiones. Duración 10 minutos.		
Presentación de los miembros	Crear lazos entre los participantes de las sesiones, romper tensiones y futuros apoyos durante la lactancia.	Técnica del ovillo: con un ovillo cada pareja debe presentarse, decir el nombre de su futuro bebé y motivaciones por las que desean dar el pecho, tras esto pasar el ovillo.	Duración: 10 minutos.	Recurso humano del enfermero que dirige y un ovillo de lana.
Test pre-sesión		Test pre-sesión 1 (ANEXO 5) en el que se responderán preguntas sin conocer la respuesta. Duración: 5 minutos.		
Nociones básicas de la LM, distintos beneficios y fases de subida.	Crear conocimientos, Concienciar de los beneficios para un mantenimiento de la LM, Conseguir identificar en qué momento de la LM se encontrarán	Método expositivo: mediante una presentación se exponen los diferentes métodos de LM, sus beneficios y las fases de lactancia. Charla participativa: en el que los participantes podrán intervenir para dar así	Duración: 50 minutos	Recurso humano: enfermero experto en LM. Proyector en el que puedan ver el PowerPoint. Recursos electrónicos: diapositivas e imágenes, tablas, etc. Cada profesional que lo imparta puede

	los primeros días.	diferentes opiniones y ejemplos.		crear las suyas propias.
Método de evaluación de actitud frente a la LM	Valorar el cambio de actitud hacia la lactancia materna, previamente dicha en la técnica del ovillo.	<u>Uso de las frases incompletas</u> en el aula.	Duración: 10 minutos.	Recurso humano: enfermero experto en LM que guíe la técnica. Tarjetas con las diferentes frases (ANEXO 6)
Test post sesión y cierre sesión	Con los conocimientos adquiridos rehacer el test y dar a conocer las respuestas correctas y resolver dudas para cerrar la sesión (ANEXO 5). Duración: 10 minutos. Al terminar, se le entregará la evaluación propia postaller con el ANEXO 7.			

Tabla 5. Contenidos y técnicas de la sesión 1. Tabla de elaboración propia

Sesión 2: Técnicas de buen agarre e identificación de problemas.

CONTENIDOS	OBJETIVOS	TÉCNICA	DURACIÓN	RECURSOS
Test pre-sesión.	Test pre y post sesión 2 (ANEXO 8 y 9) en el que se responderán preguntas sin conocer la respuesta. Duración: 5 minutos.			
Teoría en la que mostrar la postura, el agarre adecuado y los tipos de anquiloglosia	Enseñar a los futuros padres o familiares como se consigue un buen agarre al pecho, tanto como la postura como con la boca. Mediante los casos clínicos describir sobre los conceptos aprendidos.	<u>Técnica expositiva</u> con posibilidad de charla y coloquio: se expondrán los conocimientos. Será imprescindible el uso de imágenes y los vídeos de las técnicas de agarre. <u>Casos clínicos</u> de problemas en lactancia en el que deben participar los padres en su	Un total de 45 minutos: De exposición veo necesarios 30 minutos, para los casos prácticos pueden utilizarse 15 minutos. Los casos irán coetáneos a la exposición.	Recurso humano: enfermero experto en LM. Proyector en el que puedan ver el PowerPoint. Cada profesional que lo imparta puede crear las suyas propias.

		conjunto (ANEXO 10).		
Simulación de posturas al pecho con un muñeco	Demostrar que las madres son capaces de reproducir la posición al pecho. Valorar los conocimientos adquiridos.	Simulaciones. Con los casos clínicos antes repartidos cada dos parejas deben intentar poner al bebé al pecho describiendo el agarre y la posición más adecuada.	Duración: 15 minutos.	Recurso humano: enfermero experto en LM que guía y corrige a las madres. Muñecos realistas: 8, uno para cada pareja. Casos clínicos previamente proporcionados.
Identificación de posturas al pecho.	Diferenciar la buena posición del niño.	Técnica del semáforo: mediante diferentes imágenes cada uno de los integrantes del grupo da su opinión por colores: Incorrecto-rojo, Correcto-verde, No lo sé-naranja.	Duración: 10 minutos.	Recurso humano: enfermero experto en LM que guía el ejercicio. Imágenes o vídeos que muestran a la madre con el niño. Cartulinas de colores: rojo, naranja y verde 8, cada pareja debe tener las suyas.
Encuesta post-sesión	Test pre y post sesión 2 (ANEXO 8 y 9) en el que se responderán preguntas sin conocer la respuesta. Duración: 5 minutos. Al terminar, se le entregará la evaluación propia postaller con el ANEXO 7.			

Tabla 6. Contenidos y técnicas de la sesión 2. Tabla de elaboración propia.

Sesión 3: problemas de lactancia en la madre, extracción y conservación de leche.

CONTENIDOS	OBJETIVOS	TÉCNICA	DURACIÓN	RECURSOS
Bienvenida del taller.	Acogida de los participantes y estructura de la sesión del día. Duración 5 minutos.			

Encuesta presesión	Se entrega encuesta pre y post sesión 3 (ANEXO 11 y 12). Duración 5 minutos.			
Afecciones de la mama.	<p>Conocer los diferentes tipos de problemas que pueden tener las madres.</p> <p>Saber elegir el tipo de tratamiento para los diferentes problemas.</p> <p>Concienciar a las madres de que si hay una complicación también tiene su respectiva solución.</p> <p>Mantener la LM pese a tener complicaciones, aumentando así las tasas.</p>	<p>Lluvia de ideas: en el que los padres pueden ir desarrollando los conocimientos que tengan sobre el tema.</p> <p>Charla-coloquio: en el que poco a poco el docente junto a los padres irá desarrollando de forma esquemática cada una de las patologías y sus correspondientes soluciones.</p>	Duración: 20 minutos.	<p>Recurso humano del enfermero que dirige la actividad.</p> <p>Pizarra o algún soporte en el que el docente pueda escribir y desarrollar las patologías.</p> <p>Se necesitará soporte audiovisual con imágenes y tablas comparativas para mejorar la compresión.</p>
Diferentes técnicas de extracción de leche	<p>Comprender cuando se debe usar o no un tipo de extracción.</p> <p>Facilitar el mantenimiento de la LM mediante el razonamiento</p>	<p>Caso clínico corrido creado por los propios participantes, con simulación en el que previamente se explican los tipos de extracciones. Se divide la clase en 4 grupos y cada uno debe elegir a un</p>	Duración: 45 minutos	<p>Recurso humano: enfermero experto en LM que sepa guiar la actividad y resolver los problemas que se presenten.</p> <p>Papel y bolígrafos.</p>

	métodos de suplementación. Desarmar tabúes de la suplementación.	candidato para salir. Se hace una simulación de los casos clínicos tras la resolución de estos.		Muñecos con los que simular a los bebés. Tablas comparativas de los tipos de extracción.
Practica técnica Marmet o de extracción de leche manual	Dotar de herramientas a los padres y su previa práctica.	Practica mamas con ganchillo o falsas.	Duración: 10 minutos.	Recurso humano: enfermero experto en LM que vaya guiando la técnica o mostrándola previamente a la práctica. 8 mamas sintéticas para la práctica
Encuesta post sesión.	Se pasa encuesta postsesión 3 (ANEXO 11 y 12). Duración 5 minutos. Al terminar se le entregará la evaluación propia postaller con el ANEXO 7.			

Tabla 7. Contenidos y técnicas de la sesión 3. Tabla de elaboración propia.

Sesión 4: Salud Mental Postparto y gestión de emociones.

CONTENIDOS	OBJETIVOS	TÉCNICA	DURACIÓN	RECURSOS
Bienvenida del taller y presentación del nuevo docente y encuesta presesión.	Se presentará al psicólogo escogido para presentar el taller y de los integrantes del grupo. Se entrega y resuelve encuesta presesión (ANEXO 13 y 14). Duración 10 minutos.			
Diferentes patologías de la SM materna.	Hacer conocedores de las diferentes patologías más prevalentes.	Esquematización de los conocimientos en pizarra haciendo una tabla comparativa.	Duración: 15 minutos.	Psicólogo especializado en SM de la mujer. Pizarra u ordenador con proyector

	Concienciar de las patologías y romper tabúes sobre SM.			para poder desarrollar la tabla comparativa.
Cribado de Depresión Postparto	Se pasa la Escala de Edimburgo para Postparto y Embarazo para realizar el cribado de DPP (ANEXO 15). Previamente se explican las necesidades de hacer este cribado antes del parto. Duración: 10 minutos.			
Dinámica DPP y ansiedad	Concienciar de cómo afecta la experiencia del postparto. Expresar los juicios hacia madres que pueden rechazar a sus hijos sobre la salud mental y tras la dinámica conseguir romper esos juicios.	Dinámica foto-palabra. En las que varias imágenes de madres con sus hijos cada uno de los participantes deben comentar lo que las imágenes evoquen en ellos.	Duración: 15 minutos.	Psicólogo especializado en SM de la mujer. Tarjetas con imágenes (ANEXO 16).
Práctica sobre gestión de emociones y mindfulness.	Dotar de conocimientos de diferentes métodos de relajación. Demostrar que son capaces de gestionar el estrés en los picos más altos.	Práctica guiada: por el psicólogo de los diferentes métodos.	Duración: 35 minutos.	Psicólogo especializado en SM de la mujer para guiar la práctica. Serán necesarios 16 esterillas para que se tumben o sienten en el suelo de manera cómoda.
Evaluación del taller	Al terminar, se le entregará la evaluación propia postaller con el ANEXO 13 y 14. A continuación, se le entregará la evaluación propia postaller con el ANEXO 7. En la despedida del taller se repartirá a su vez la evaluación del taller completo que debe entregarse en la administración a la salida (ANEXO 17). Duración: 5 minutos.			

Tabla 8. Contenidos y técnicas de la sesión 4. Tabla de elaboración propia

7. Evaluación

Para valorar si el taller ha sido efectivo en el proceso de aprendizaje debemos hacer una evaluación del saber ser, estar y hacer, es decir, de las áreas cognitiva, afectiva y de habilidades, y así determinar si podemos mejorar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

7.1. Evaluación de la estructura y el proceso

Se hará un estudio de la estructura y el proceso mediante una serie de ítems. Dicho estudio incluirá encuestas cuantitativas en todas y cada una de las sesiones (incluidas en el ANEXO 7), que se entregará al final de la sesión y se rellenará al haber terminado el taller, para determinar si ha sido adecuado el enfoque de la sesión.

Se entregará en cada una de las sesiones una hoja de asistencia, ANEXO 4, en la que se registrará si las parejas se han presentado a las mismas y así valorar el proceso de captación.

Por último, analizaremos el taller en su conjunto mediante una encuesta general de satisfacción, ANEXO 17, con preguntas tanto cerradas como abiertas en las que tendrán la oportunidad de dar su opinión, así como sugerencias, recomendaciones o aspectos a mejorar.

7.2. Evaluación de los resultados

7.2.1 Objetivos a corto plazo

En primer lugar, los objetivos a corto plazo del **área cognitiva** se valorarán en función del grado de adquisición de conocimientos por parte de los participantes. Se ha optado analizar los resultados de las encuestas pre y post sesión de tipo test que se harán antes y después del taller (ANEXOS 5,8,11,13).

En cuanto a los objetivos del **área de habilidades**, se evalúa si los participantes tienen las actitudes para mantener una posición correcta y agarre adecuado, técnicas de extracción y masaje, todo ello mediante encuestas pre y post cualitativas en las sesiones 2 y 3 (ANEXOS 9,12,14) y con las diferentes dinámicas que se reparten en los cuatro seminarios, con casos clínicos (ANEXO 10), simulaciones, prácticas, etc.

Por último, los objetivos del **área afectiva** se evaluarán mediante encuestas pre y post de la sesión 4, incluyéndose preguntas abiertas (ANEXO 14), y durante los seminarios

en diferentes dinámicas como frases incompletas (ANEXO6) foto-palabra (ANEXO 16), charlacoloquio o ejercicio del semáforo y ver cómo ha cambiado la actitud frente a la lactancia materna.

7.2.2 Objetivos a medio y largo plazo

Se hará seguimiento de los objetivos a medio y largo plazo a través de correos electrónicos que recibirán los participantes a los 15 días, 3 meses y 6 meses postparto. Se les preguntará sobre cómo ha ido la gestión de emociones y la lactancia materna (plantilla incluida en el ANEXO 18). Mediante esta encuesta determinaremos si los conocimientos del taller han sido realmente útiles para las familias, en especial para las madres, y también conocer si se ha conseguido mantener la LME y mejorar la calidad de vida y salud mental de las madres.

8. Bibliografía

- (1) Ahmed AH, Roumani AM, Szucs K, Zhang L, King D. The Effect of Interactive Web-Based Monitoring on Breastfeeding Exclusivity, Intensity, and Duration in Healthy, Term Infants After Hospital Discharge. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2016;45(2):143-154.
- (2) Lactancia materna [Internet]. Who.int. [cited 2024 Apr 7]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding>
- (3) Harris-Luna ML, Badr LK. Pragmatic Trial to Evaluate the Effect of a Promotora Telephone Intervention on the Duration of Breastfeeding. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2018 -11;47(6):738-748.
- (4) Adam M, Tomlinson M, Le Roux I, LeFevre AE, McMahon SA, Johnston J, et al. The Philani MOVIE study: a cluster-randomized controlled trial of a mobile video entertainment-education intervention to promote exclusive breastfeeding in South Africa. *BMC Health Serv Res* 2019 -04-02;19(1):211.
- (5) Comité de Lactancia Materna de la AEP. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. 1^a Ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2008.
- (6) Guía de Lactancia materna. Conselleria de Salut i Consum Illes Balears, 2009.
- (7) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- (8) Bazo Hernandez L, Llorca Porcar A, Padró Hernández M. Neonatología para Enfermería. 1^a ed. Madrid, España: Panamericana; 2024.
- (9) Mäkelä H, Axelín A, Kolari T, Kuivalainen T, Niela-Vilén H. Healthcare Professionals' Breastfeeding Attitudes and Hospital Practices During Delivery and in Neonatal Intensive Care Units: Pre and Post Implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Hum Lact* 2022 -08;38(3):537-547.
- (10) Using the teach-back method to improve postpartum maternal-infant health among women with limited maternal health literacy: a randomized controlled study | BMC Pregnancy and Childbirth | Full Text.
- (11) Abdulahi M, Fretheim A, Argaw A, Magnus JH. Breastfeeding Education and Support to Improve Early Initiation and Exclusive Breastfeeding Practices and Infant Growth: A Cluster Randomized Controlled Trial from a Rural Ethiopian Setting. *Nutrients* 2021 -04-06;13(4):1204.
- (12) Cheng GZ, Chen A, Xin Y, Ni QQ. Using the teach-back method to improve postpartum maternal-infant health among women with limited maternal health literacy: a randomized controlled study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2023 -01-09;23(1):13.
- (13) Xu F, Li Z, Binns C, Bonello M, Austin M, Sullivan E. Does infant feeding method impact on maternal mental health? *Breastfeed Med* 2014 -05;9(4):215-221.

- (14) INE. Demografía y población. Fenómenos demográficos. Indicadores demográficos básicos. Últimos datos [Internet]. INE [2021, nov 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002.
- (15) INE. Tipo de lactancia según sexo y comunidad autónoma. Población de 6 meses a 4 años. INE [2021, nov 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2006/p07/l0/&file=03111.px&L=0>.
- (16) Zhuang J. Developing Messages Tailored to Self-construal, Time-orientation, and Perspective Taking to Promote 6-Month Exclusive Breastfeeding. *J Health Commun* 2021 -03-04;26(3):204-213.
- (17) Chaves-Martínez MI, Rosón-Matilla L. Detección precoz de depresión prenatal en gestantes de Lugo. 2021; Disponible en: <https://openurl.ebsco.com/contentitem/qcd:153457480?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:153457480>. Accessed Feb 27, 2024.
- (18) Pope J, Redsell S, Houghton C, Matvienko-Sikar K. Healthcare professionals' experiences and perceptions of providing support for mental health during the period from pregnancy to two years postpartum. *Midwifery* 2023 -03;118:103581.
- (19) Baker N, Bick D, Bamber L, Wilson C, Howard Obe L, Bakolis I, et al. A mixed methods systematic review exploring infant feeding experiences and support in women with severe mental illness. *Maternal & child nutrition* 2023 -06-05;19:e13538.
- (20) Zhao Y, Lin Q, Zhu X, Wang J. Randomized Clinical Trial of a Prenatal Breastfeeding and Mental Health Mixed Management Intervention. *J Hum Lact* 2021 -11;37(4):761-774.
- (21) Scorza P, Monk C, Lee S, Feng T, Berry OO, Werner E. Preventing maternal mental health disorders in the context of poverty: pilot efficacy of a dyadic intervention. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2020 -11;2(4):100230.
- (22) Pope J, Redsell S, Houghton C, Matvienko-Sikar K. Healthcare professionals' experiences and perceptions of providing support for mental health during the period from pregnancy to two years postpartum. *Midwifery* 2023 -03;118:103581.
- (23) Ding T, Wang D, Qu Y, Chen Q, Zhu S. Epidural labor analgesia is associated with a decreased risk of postpartum depression: a prospective cohort study. *Anesth Analg* 2014 -08;119(2):383-392.
- (24) Mohamad Pilus F, Ahmad N, Mohd Zulkefli NA, Mohd Shukri NH. Effect of Face-to-Face and WhatsApp Communication of a Theory-Based Health Education Intervention on Breastfeeding Self-Efficacy (SeBF Intervention): Cluster Randomized Controlled Field Trial. *JMIR Mhealth Uhealth* 2022 -09-14;10(9):e31996.
- (25) Shafaei FS, Mirghafourvand M, Havizari S. The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: a randomized controlled clinical trial. *BMC Womens Health* 2020 -05-05;20(1):94.

- (26) Mohamad Pilus F, Ahmad N, Mohd Zulkefli NA, Mohd Shukri NH. Effect of Face-to-Face and WhatsApp Communication of a Theory-Based Health Education Intervention on Breastfeeding Self-Efficacy (SeBF Intervention): Cluster Randomized Controlled Field Trial. *JMIR Mhealth Uhealth* 2022 -09-14;10(9):e31996.
- (27) Souza EFdC, Pina-Oliveira AA, Shimo AKK. Effect of a breastfeeding educational intervention: a randomized controlled trial. *Rev Lat Am Enfermagem* 2020;28:e3335.
- (28) Maya Enero S, Ruiz Guzman L, Candel Pau J, Durán X, López Vilchez MA. Impacte de la frenotomia neonatal en la taxa de lactància materna a l'alta de la maternitat. 2023;83(1):7-12.
- (29) Slomian J, Emonts P, Erpicum M, Vigneron L, Reginster JY, Bruyère O. What should a website dedicated to the postnatal period contain? A Delphi survey among parents and professionals. *Midwifery* 2017 -10;53:9-14.
- (30) Gharaei T, Amiri-Farahani L, Haghani S, Hasanzadeh Azghady SB. The effect of breastfeeding education with grandmothers' attendance on breastfeeding self-efficacy and infant feeding pattern in Iranian primiparous women: a quasi-experimental pilot study. *Int Breastfeed J* 2020 -10-12;15(1):84.
- (31) Demirci JR, Glasser M, Himes KP, Sereika SM. Structured antenatal milk expression education for nulliparous pregnant people: results of a pilot, randomized controlled trial in the United States. *Int Breastfeed J* 2022 -07-07;17(1):50.
- (32) Direcciones Asistenciales [Internet]. Comunidad de Madrid. [2021, mar 2024]; Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/nosotros/direcciones-asistenciales>.
- (33) Centro de Salud El Restón [Internet]. Comunidad de Madrid [2017, mar 2024]; Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/centros/centro-salud-reston>.
- (34) Atención sanitaria a la mujer embarazada [Internet]. Comunidad de Madrid [2023, mar 2024]; Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/atencion-sanitaria-mujer-embarazada>.

Anexos

Anexo 1. Cartel promocional de la lactancia materna.



Anexo 2. Tríptico informativo de lactancia materna.



Anexo 3. Hoja de inscripción al taller.

HOJA DE INSCRIPCIÓN AL TALLER DE LACTANCIA MATERNA

Datos de los asistentes:

	Asistente 1	Asistente 2
Nombre		
Apellidos		
DNI o nº de identificación		
Nº de teléfono		
Correo electrónico		

Tabla de sesiones:

Escoja el horario deseado: _____

	HORARIO DE MAÑANA (10:30-12:00H)	HORARIO DE TARDE (17:00-18:30H)
SESIÓN 1	13/05/2024	16/05/2024
SESIÓN 2	20/05/2024	23/05/2024
SESIÓN 3	27/05/2024	30/05/2024
SESIÓN 4	03/06/2024	06/06/2024

Si tiene alguna duda puede contactarnos:

Horario de atención	9:00- 21:00h
Teléfono	918018400
E-mail	s.noeda@salud.madrid.org
Dirección	Avenida del Mar Mediterráneo,1. CP:28340.

En Valdemoro, a ____ de _____ del 20__.

Firma asistente 1: _____

Firma asistente 2: _____

Anexo 4. Hoja de Asistencia a las sesiones.

HOJA DE ASISTENCIA

EN CADA UNO DE LOS HUECOS DEBE PONERSE EL NOMBRE Y APELLIDOS, DNI Y FIRMA DE AMBOS ASISTENTES DE LA PAREJA.

FECHA: _____

SESIÓN Nº: _____

HORARIO: MAÑANA/TARDE.

Nombre y apellidos	DNI	Firmas

Anexo 5. Test pre y post sesión primer seminario.

PRE Y POST TEST SESIÓN 1: INTRODUCCIÓN BÁSICA A LA LACTANCIA MATERNA.

1. ¿Qué beneficios puede aportar la lactancia materna?
 - a. Mejora la inmunidad del bebé.
 - b. Prevención del cáncer de mama en la madre.
 - c. Disminución de las tasas de obesidad.
 - d. Todas son correctas.

2. ¿Hasta qué edad sería recomendable amamantar a tu hijo?
 - a. Hasta los 4 meses, cuando acaba el permiso de maternidad.
 - b. Hasta los 6 meses, que comienza a darse la complementaria.
 - c. Hasta el año de vida.
 - d. Hasta los 2 años.

3. Señale la incorrecta en los tipos de lactancia:
 - a. Lactancia mixta: aquella que une la lactancia materna con líquidos como agua e infusiones.
 - b. Lactancia artificial: usa la fórmula, solo se le debe dar leche.
 - c. Lactancia materna exclusiva: leche de la madre exclusivamente para amamantar al niño.
 - d. Lactancia mixta: alternancia de la leche materna con la artificial.

4. Señale la falsa:
 - a. Si me ponen al bebé de forma precoz piel con piel la leche me subirá más fácilmente.
 - b. Si me hacen cesárea no podré amamantar.
 - c. Si no pongo al pecho a mi bebé no me subirá la leche.
 - d. Todas son falsas.

5. ¿Cuáles son las señales de hambre tardía?
 - a. Se mueve.
 - b. Llora.
 - c. Se mete las manos en la boca.
 - d. Se estira.

6. ¿Cuántos días dura el calostro?
 - a. Los primeros 50 minutos de vida.
 - b. Los primeros 5 días.
 - c. Las primeras 48 horas.
 - d. Hasta el primer día de vida.

7. A qué día comienza la subida de la leche como tal:
- El primer día, tiene aspecto espeso y es muy graso,
 - Al 5º día de vida del bebé.
 - A las 48 horas, el bebé comenzará a pedir más, a veces hay que darle un suplemento.
 - Ninguna es correcta.
8. A partir del 5º día de vida de un bebé cuantos pisos son normales:
- 2.
 - 3-4.
 - 5-6.
 - 15.
9. Señale la falsa:
- A partir de los 4 meses puedo meter cereales en el biberón de mi bebé si no duerme del tirón.
 - A partir del mes le puedo dar infusiones de manzanilla si no duerme del tirón.
 - Debo dar leche de formula o materna exclusivamente hasta los 8 meses.
 - Todas son falsas.
10. Si la deposición de mi bebé es negra:
- A y B son ciertas
 - Se llama meconio y la deben expulsar las primeras 48h.
 - Es normal, luego van haciendo transición a color verde.
 - Debo llamar inmediatamente al pediatra.

CORRECCIÓN TEST PRE Y POST- SESIÓN 1:

Pregunta	Respuesta correcta
1	D
2	D
3	A
4	B
5	B
6	C
7	B
8	C
9	D
10	A

Anexo 6. Dinámica de frases incompletas.

DINÁMICA DE FRASES INCOMPLETAS

Si veo a una madre dando el biberón...

**Si una madre duda en continuar
o seguir en la lactancia...**

**Si una m/padre dice que la LM
no sirve para nada...**

La lactancia materna genera dependencia...

**Si una madre dice que no
aguanta más dando el pecho...**

Anexo 7. Evaluación organizativa de las sesiones.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN INDIVIDUAL

NÚMERO DE LA SESIÓN:

FECHA:

Indique del 1 al 5 cómo de satisfecho está siendo 1 nada y 5 totalmente satisfecho...

MARQUE CON UNA "X"

1

2

3

4

5

Contenidos que se han abordado

--	--	--	--	--

Materiales que se han abordado

--	--	--	--	--

Metodología de la sesión

--	--	--	--	--

Claridad de las explicaciones

--	--	--	--	--

*Conocimiento sobre de la materia
del personal docente*

--	--	--	--	--

Opinión global de la sesión

--	--	--	--	--

Anexo 8. Test pre y post de la segunda sesión.

PRE Y POST TEST SESIÓN 2: TÉCNICAS DE BUEN AGARRE E IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS.

1. ¿Cuál no es una posición de agarre?
 - a. En la posición de rugby la cabeza del bebé está sobre el antebrazo de la madre.
 - b. En la posición de cuna la cabeza del bebé está apoyada en el antebrazo de la madre.
 - c. En la posición tumbada el bebé está sobre la cama.
 - d. Todas son incorrectas.
2. La anquiloglosia es...
 - a. Un tipo de agarre del bebé.
 - b. Trastorno del tejido del suelo de la boca que está grueso o tenso y pega la lengua a la base de la boca.
 - c. Es el frenillo de la lengua.
 - d. Hay tres tipos de frenillo.
3. Señale la incorrecta:
 - a. La posición del cuello es en flexión.
 - b. Hay que dejar levemente libre la cabeza para que el bebé se pueda enganchar bien.
 - c. El bebé tiene el cuerpo levemente rotado en comparación con la cabeza.
 - d. A y C son ciertas.
4. ¿Cuál es una señal de mala succión?
 - a. Callo del lactante.
 - b. El bebé tiene hoyuelos.
 - c. No se le tragó.
 - d. Todas son verdaderas.
5. ¿Cuál es la posición más acertada para un pecho grande?
 - a. Posición sentada.
 - b. Posición tumbada.
 - c. Posición de rugby.
 - d. En posición de cuna.
6. La escala para catalogar la anquiloglosia es la...
 - a. Escala de Lawton.
 - b. Escala de Glasgow.
 - c. Escala de Hazelbaker.
 - d. Escala de Edimburgo.

7. Sobre la escala de Hazelbaker...
- Valora el aspecto y la función de la lengua.
 - Se valora una anquiloglosia significativa si el aspecto es menor a 8 puntos y en la función menor que 11 puntos.
 - En la función, se valora si se lateraliza, saca la lengua y la sube entre otras.
 - Todas son correctas
8. ¿Cómo sé que la técnica es correcta?
- En la que la madre esté a gusto y el bebé esté alineado la cabeza con el resto del cuerpo.
 - Se le ofrece el pezón directamente a la boca.
 - Si se ve la areola tanto la parte superior como la inferior.
 - Mueve los mofletes, pero no desciende la mandíbula
9. ¿Cómo sé que la toma ha terminado?
- El bebé se pone a tirar del pezón y se desengancha en varias ocasiones.
 - El bebé se duerme al pecho y suelta de manera espontánea y relajada.
 - El bebé rechaza el pecho.
 - Ninguna es correcta

CORRECCIÓN TEST PRE Y POST- SESIÓN 2:

Pregunta	Respuesta correcta
1	A
2	B
3	D
4	B
5	C
6	C
7	D
8	A
9	B

Anexo 9. Encuesta cualitativa de la segunda sesión.

ENCUESTA CUALITATIVA SESIÓN 3

¿Crees que serías capaz de saber cuándo acudir a un profesional? ¿Y tras la realización del seminario?

¿Crees que serías capaz de manejarlo solo en casa durante la lactancia? ¿Y tras el seminario?

¿Podrías hacer si quisieras un banco de leche? ¿Tras la sesión podrías crearlo de manera más eficaz?

Anexo 10. Ejemplo de dinámica de casos clínicos.

MCF tiene a su hijo por parto distóxico, con ventosas, el día 11 de marzo 2024. El peso al nacer es de 3300gr. El bebé hace piel con piel e intenta la primera toma. Nace adormilado y sin ganas de mamar durante las primeras 24 horas. M. el primer día en las tomas siente molestias y dolor, pero no es hasta el segundo día de vida en el que aparecen las grietas. Las mamas de la madre son grandes, el pezón aparece invertido. Al primer día de vida el bebé pierde 100 gramos (3200gr), al segundo día pierde otros 50gr (3150gr) y los médicos sugieren suplementar...

¿Cómo trabajarías la lactancia si fueras tú esta madre?

Anexo 11. Encuesta pre y post tercera sesión.

PRE Y POST TEST SESIÓN 3: PROBLEMAS DE LACTANCIA EN LA MADRE,EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LECHE.

1. Sobre la mastitis...
 - a. Todas son infecciosas.
 - b. El 80% se resuelve con tratamiento conservador.
 - c. Se debe dar antibiótico ante todo pronóstico.
 - d. Nunca indica un problema de lactancia.
2. La ingurgitación mamaria...
 - a. Suele sangrar.
 - b. Hay que tomar antibiótico.
 - c. Se produce porque hay más leche que la del niño es capaz de extraer.
 - d. Es normal al inicio de la toma, pero luego debe de desaparecer.
3. Si se me ingurgitan las mamas...
 - a. Extraigo primero con extractor de leche.
 - b. Me extraigo de forma manual.
 - c. Pongo al bebé cada 15 minutos.
 - d. Espero hasta que me baje.
4. Sobre el tratamiento conservador de la mastitis, ¿cuál no se recomienda?
 - a. Masaje muy fuerte sobre la mama y dejar de dar el pecho inmediatamente.
 - b. Masajes de extracción.
 - c. Calor local previo a la extracción.
 - d. Uso de antiinflamatorios compatibles con la lactancia.
5. Si no se resuelve la mastitis podrá aparecer...
 - a. Grietas.
 - b. Una mastitis infecciosa.
 - c. Un absceso.
 - d. A y C son ciertas
6. El dolor/molestia en los pezones:
 - a. Es normal los tres primeros días, el cuarto ya se te resolverá.
 - b. Nunca es normal.
 - c. Si sientes una leve molestia al comenzar la toma y después se pasa lo catalogaremos como normal.
 - d. Dar el pecho duele.
7. Las grietas...
 - a. Se producen por frenillo o la mala colocación del niño.
 - b. Son normales las primeras 72h.
 - c. A y B son falsas.
 - d. A y B son correctas.

8. Debo acudir a un profesional...
- a. Cuando aparecen grietas y el bebé está perfectamente colocado.
 - b. Cuando una mastitis no se me resuelve con método conservador.
 - c. A y B son correctas.
 - d. Si se enrojece una parte de la mama con dolor y luego se me resuelve de manera espontánea debo acudir a un profesional y comentarle la situación.
9. La técnica Marmet no ...
- a. Es una técnica de extracción manual.
 - b. Tiene tres fases: estimulación, eyeción y extracción.
 - c. Tiene dos fases: estimulación, eyeción y extracción.
 - d. En la fase de estimulación se debe masajear haciendo movimientos circulares, acariciar desde la parte más distal del pezón hacia él y por último inclinarse sacudiendo el pecho.

CORRECCIÓN TEST PRE Y POST- SESIÓN 3:

Pregunta	Respuesta correcta
1	B
2	C
3	B
4	A
5	D
6	C
7	A
8	D
9	B

Anexo 12. Encuesta cualitativa tercera sesión.

ENCUESTA CUALITATIVA SESIÓN 3

¿Crees que serías capaz de saber cuándo acudir a un profesional? ¿Y tras la realización del seminario?

¿Crees que serías capaz de manejarlo solo en casa durante la lactancia? ¿Y tras el seminario?

¿Podrías hacer si quisieras un banco de leche? ¿Tras la sesión podrías crearlo de manera más eficaz?

Anexo 13. Entrevista pre y post cuarta sesión.

PRE Y POST TEST SESIÓN 4: SALUD MENTAL POSTPARTO Y GESTIÓN DE EMOCIONES.

1. ¿Cuánto tiempo dura el período perinatal?
 - a. Seis semanas.
 - b. Ocho semanas.
 - c. Hasta dos años.
 - d. El primer año.

2. ¿Cuáles son los trastornos más comunes en el postparto?
 - a. Ansiedad
 - b. Depresión.
 - c. Esquizofrenia.
 - d. A y B son ciertas.

3. ¿Qué factor no aumenta la tasa de depresión postparto?
 - a. Un puesto de trabajo de alto rango.
 - b. Bajo nivel socio-cultural.
 - c. Bajos conocimientos sobre la maternidad.
 - d. Un parto con epidural.

4. Señale la incorrecta entre las opciones...
 - a. La gestión de emociones puede ayudar a mejorar los estados de ansiedad.
 - b. El mindfulness se ha visto que científicamente no ayuda en momentos de ansiedad postparto.
 - c. Los estados de ansiedad postparto no son habituales.
 - d. Ninguna es incorrecta

5. Entre los estados de salud mental postparto el menos habitual es...
 - a. Baby-blues.
 - b. Depresión postparto.
 - c. Psicosis postparto.
 - d. Todas son verdaderas.

CORRECCIÓN TEST PRE Y POST- SESIÓN 4:

Pregunta	Respuesta correcta
1	C
2	D
3	A
4	B
5	C

Anexo 14. Encuesta cualitativa cuarta sesión.

ENCUESTA CUALITATIVA SESIÓN 4

¿Cómo te sientes al llegar a la sesión? ¿Después del ejercicio tus sensaciones son diferentes?

¿Crees que serías capaz de gestionar uno de los diferentes tipos de relajación a solas o con tu pareja? Si es así como lo haría.

Del 0 al 10, ¿cómo se ve de auto eficaz con la maternidad y con la lactancia? ¿Y tras el taller? Valore cada uno de ellos antes y después de realizar el taller.

Anexo 15. Escala Edimburgo, cribado prenatal.

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

1 He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	<input type="radio"/> a) Tanto como siempre <input type="radio"/> b) Mucho menos ahora <input type="radio"/> c) Mucho menos ahora <input type="radio"/> d) No, nada
2 He disfrutado mirar hacia delante	<input type="radio"/> a) Tanto como siempre <input type="radio"/> b) Menos que antes <input type="radio"/> c) Muchos menos que antes <input type="radio"/> d) Casi nada
3 Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	<input type="radio"/> a) No, nunca <input type="radio"/> b) No, con mucha frecuencia <input type="radio"/> c) Sí, a veces <input type="radio"/> d) Sí, la mayor parte del tiempo
4 He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	<input type="radio"/> a) No, nunca <input type="radio"/> b) Casi nunca <input type="radio"/> c) Sí, a veces <input type="radio"/> d) Sí, con mucha frecuencia
5 He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	<input type="radio"/> a) No, nunca <input type="radio"/> b) No, no mucho <input type="radio"/> c) Sí, a veces <input type="radio"/> d) Sí, bastante
6 Las cosas me han estado abrumando	<input type="radio"/> a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre <input type="radio"/> b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien <input type="radio"/> c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre <input type="radio"/> d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
7 Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	<input type="radio"/> a) No, nunca <input type="radio"/> b) No, con mucha frecuencia <input type="radio"/> c) Sí, a veces <input type="radio"/> d) Sí, la mayor parte del tiempo
8 Me he sentido triste o desgraciada	<input type="radio"/> a) No, nunca <input type="radio"/> b) No, con mucha frecuencia <input type="radio"/> c) Sí, a veces <input type="radio"/> d) Sí, la mayor parte del tiempo
9 Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	<input type="radio"/> a) No, nunca <input type="radio"/> b) Sí, ocasionalmente <input type="radio"/> c) Sí, bastante a menudo <input type="radio"/> d) Sí, la mayor parte del tiempo
10 Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	<input type="radio"/> a) Nunca <input type="radio"/> b) Casi nunca <input type="radio"/> c) A veces <input type="radio"/> d) Sí, bastante a menudo

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:
a) = 0 puntos
b) = 1 punto
c) = 2 puntos
d) = 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

Interpretación Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto

Durante el embarazo
Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión.

En el posparto
Una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto.

Cualquier puntaje distinto de cero en la pregunta N° 10 requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas.

Anexo 16. Dinámica foto-palabra.

DINÁMICA FOTOGRAFÍAS

Debes definir lo que te hace sentir esta foto:





Esta imagen me
hace sentir...



Esta imagen me hace
sentir...

Anexo 17. Hoja de evaluación del taller completo.

ENCUESTA DE VALORACIÓN DEL TALLER

Indique del 1 al 5, siendo 1 nada y 5 totalmente satisfecho como de satisfecho está....

MARQUE CON UNA "X"	1	2	3	4	5
Organización general					
Organización de los contenidos					
Docentes con los conocimientos adecuados a la temática					
Grado en el que resultan útiles los contenidos					
Adecuación de la metodología para impartir los contenidos					
Número de personas adecuados a las dinámicas					
Adecuación del número de horas					
Adecuación del lugar y disposición de la sala					

En este cuadro puede escribir los aspectos que considera que se deberían mejorar o contenidos a incluir. Si lo considera necesario puede continuar en otra hoja.

Comentarios:

Anexo 18. Email de recogida de datos postparto a los 15 días, 3 meses y 6 meses.

Buenos días nombre y apellidos,

Se le escribe desde la organización del Proyecto educativo en Lactancia Materna y Salud Mental, en el que se trata de que los participantes adquieran recursos y herramientas para intentar el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, como recomienda la OMS.

Con esta encuesta postparto lo que tratamos es de recoger datos de la eficacia de nuestro proyecto.

Por favor, responda a estas preguntas por orden y enumeradas:

1. ¿Continúa a tiempo de recepción del mensaje dando lactancia materna exclusiva?
2. ¿Ha tenido complicaciones durante el proceso? ¿Ha podido solucionarlos por sus propios medios o ha tenido que acudir a un profesional?
3. ¿Siente que está disfrutando la lactancia?
4. ¿En los períodos de máxima ansiedad conseguía controlarla? ¿Cómo lo ha hecho?

Un placer contactar con usted, esperamos su respuesta.