



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA
MATERNA EN EL ÁREA DE SALUD 2, ENERO - AGOSTO 2012”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Jácome Sayay, Juan Carlos

Tutora: Dra. Philco Toaza, Priscila Elizabeth

Ambato – Ecuador

Marzo, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA DE SALUD 2, ENERO - AGOSTO 2012” de Juan Carlos Jácome Sayay estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo.

Ambato, Enero de 2016

LA TUTORA

.....
Dra. Philco Toaza, Priscila Elizabeth

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA DE SALUD 2, ENERO - AGOSTO 2012”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Enero de 2016

EL AUTOR

.....
Jácome Sayay, Juan Carlos

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Enero de 2016

EL AUTOR

.....
Jácome Sayay, Juan Carlos

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA DE SALUD 2, ENERO - AGOSTO 2012” de Juan Carlos Jácome Sayay, egresado de la Carrera de Medicina.

Ambato, Marzo de 2016

Para constancia firman:

.....

PRESIDENTE

.....

1ER VOCAL

.....

2DO VOCAL

DEDICATORIA

A mi madre Juanita, por todo su amor incondicional, su calidez e infaltable compañía, su esfuerzo para que nunca me faltase nada, sus enseñanzas que siempre las llevaré en el corazón “brinda lo mejor de ti sin esperar nada a cambio”, nunca te canses de hacer el bien porque “manos que dan, reciben”. Es para ella el reconocimiento y todo logro que Dios me permita realizar en mi vida, siempre llevarán su nombre como un pilar inquebrantable.

A mi hermano Fran, que un día partió en busca de mejores días, va por ti en honor al ejemplo y esfuerzo que como un padre has sabido brindarme.

A Cristhian mi hermano menor, deseo que siempre logres lo que sueñas, recuerda si lo crees lo puedes lograr y estaré siempre ahí para ayudarte.

A toda mi familia que esparcida por el mundo siempre me han manifestado su cariño y apoyo.

Juan Carlos Jácome Sayay

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, sus autoridades que velan siempre porque nuestra Institución esté en lo más alto en cuanto a Educación Superior.

A los docentes quienes con su amor a la enseñanza, dedicación y esfuerzo, me brindaron los conocimientos necesarios en toda mi formación Universitaria

A todos los trabajadores de la Institución, que siempre brindan una sonrisa en su diario labor y la cumplen a cabalidad, muy orgulloso de ser su amigo y feliz de caminar por el pasillo y ser reconocido por cada uno de ellos.

De manera especial a mis Tutoras, quienes me brindaron orientación para la culminación del proyecto.

A todas las personas que me apoyaron de una u otra manera para cumplir con éxito este objetivo.

Juan Carlos Jácome Sayay

ÍNDICE:

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE:.....	viii
RESUMEN	xii
SUMMARY.....	xiv

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA	2
TEMA.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
ANÁLISIS CRÍTICO.....	4
PROGNOSIS.....	6
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	8
CAPÍTULO II.....	10
MARCO TEÓRICO.....	10
ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	10
CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	15
HIPÓTESIS	25
CAPÍTULO III.....	26
METODOLOGÍA.....	26
ENFOQUE.....	26
MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	27
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	28
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	28
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	29
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	31
PROCESAMIENTO Y ANALISIS	31
CAPÍTULO IV.....	32
ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	32
ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	32
EDAD MATERNA.....	32

ESTADO CIVIL.....	33
NIVEL DE ESTUDIOS.....	33
ACTIVIDAD LABORAL MATERNA.....	34
TIPO DE ALIMENTACIÓN	35
EDAD DEL NIÑO, AL CESE DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	36
ALIMENTACIÓN OFERTADA.....	37
VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	40
RELACIÓN ENTRE EDAD DE LA MADRE Y LACTANCIA MATERNA	43
RELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	44
RELACIÓN ENTRE PAREJA ESTABLE Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	45
RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y LME	46
CAPÍTULO V.....	47
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES	48
CAPÍTULO VI.....	49
PROPUESTA	49
TÍTULO.....	49
DATOS INFORMATIVOS.....	49
INSTITUCIÓN EJECUTORA.....	49
BENEFICIARIOS.....	49
UBICACIÓN	49
TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCION	49
EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE.....	50
ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	50
JUSTIFICACIÓN	51
OBJETIVOS	51
ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	52

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TEÓRICA	52
MODELO OPERATIVO.....	57
ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA	57
PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA	57
BIBLIOGRAFÍA:	58
LINKOGRAFÍA:	58
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA:.....	61
ANEXOS.-	63

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA
MATERNA EN EL ÁREA DE SALUD 2, ENERO - AGOSTO 2012”

Autor: Jácome Sayay, Juan Carlos

Tutora: Dra. Philco Toaza, Priscila Elizabeth

Fecha: Enero de 2016

RESUMEN

El presente trabajo investigativo tuvo como interrogante el conocer cuáles son los factores que influyen en la madre para el abandono precoz de la lactancia materna, para esto se tomó una muestra poblacional que incluyó a 302 binomios madre e hijos menores de 6 meses los cuales acuden a control en el Área de Salud 2 de la Provincia de Tungurahua.

El enfoque utilizado fue el cualitativo, aplicando investigación de campo, con un nivel tipo descriptivo, se evidenció que los factores que influyen en las madres para un cese precoz en el desarrollo de lactancia materna son la ocupación materna (trabajo o estudios), ya que al tener un rol protagónico en el sustento económico del hogar adujeron falta de tiempo para realizar

lactancia materna exclusiva, así como también madres que retoman estudios y dejan de lado la responsabilidad de amamantamiento; edad materna (madres adolescentes siguen teniendo un porcentaje significativo en la sociedad, que se evidencia no solo en el país sino también en la región); estabilidad conyugal, las madres con parejas estables denotan una mayor frecuencia en la realización lactancia materna exclusiva, la presencia paterna en el núcleo familiar brinda un aspecto psicológico positivo en la madres; el desconocimiento sobre lactancia materna se denota en relación directa con su no desarrollo. Se determinó que el 52.9% de madres ejecutan una lactancia materna según lineamientos de la Organización Mundial de la Salud. Las causas por las que las madres optaron por iniciar una lactancia artificial o mixta fueron: ocupación materna, (laboral, estudiantil), baja producción de leche, y en menor porcentaje mastalgia y grietas en los pezones.

PALABRAS CLAVES: LACTANCIA, LACTANCIA_EXCLUSIVA, LECHE_MATERNA, MASTALGIA

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICAL CAREER

"FACTORS ASSOCIATED WITH PREMATURE ABANDONMENT OF BREASTFEEDING IN THE AREA OF HEALTH 2, JANUARY - AUGUST 2012"

Author: Jácome Sayay, Juan Carlos

Tutor: Dra. Philco Toaza, Priscila Elizabeth.

Date: January 2016

SUMMARY

The present research work was to question knowing what factors influence the mother for early cessation of breastfeeding, for this a population sample that included 302 healthy mother and children younger than 6 months which come took are Control in the Health area 2 Tungurahua Province.

The approach was qualitative, using field research with a descriptive level, it showed that factors influencing mothers for early termination of the development of breastfeeding are maternal occupation (work or studies), as to play a leading role in the economic livelihood of home claimed lack of time for exclusive breastfeeding, as well as mothers who resume studies and ignore the responsibility of breastfeeding; maternal age (teenage

mothers continue to have a significant percentage in society, which is evident not only in the country but also in the region); marital stability, mothers with stable couples denote more frequent realization exclusive breastfeeding, parental presence in the family provides a positive psychological aspect of mothers; lack of knowledge about breastfeeding is denoted in direct relation to its non-development. It was determined that 52.9% of mothers perform a breastfeeding as guidelines of the World Health Organization. The reasons why mothers chose to start an artificial or mixed feeding were maternal occupation (employment, student), low milk production and a lesser percentage breast pain and cracked nipples.

KEYWORDS: BREASTFEEDING, EXCLUSIVE_BREASTFEEDING, BREASTMILK, BREAST_PAIN

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la manera ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesarios para su crecimiento y desarrollo saludables. En si todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. La leche materna posee innumerables beneficios tanto inmunológicos, nutricionales y psicológicos, para el bebé como ventajas también para la madre, tanto es su valor que hasta el momento no existe producto alguno que iguale su importancia. Pero el mencionado acto natural se ve atentado por factores sociales y maternas que influyen en que cada vez más madres para cesar de amamantar a sus niños. Estudios realizados sugieren que el abandono precoz ocurre con mayor frecuencia en madres con inestabilidad conyugal, que ven la falta de apoyo económico y emocional de una pareja, madres solteras que trabajan y son el pilar económico de su hogar, así como también mencionar el creciente número de madres adolescentes que tienen dificultad en su falta de preparación psicosocial y anatomofisiologica para llevar a cabo este acto biológico de gran importancia.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. TEMA

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA
MATERNA EN EL ÁREA DE SALUD 2, ENERO - AGOSTO 2012

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN

La lactancia materna es la alimentación con leche de madre, conocida como una forma inimitable de facilitar el alimento idóneo para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños. Según investigaciones realizadas en distintas partes del mundo han determinado que, en el primer año de vida los niños presentan problemas de deficiencias nutricionales, las cuales se encuentran relacionadas con prácticas inadecuadas de lactancia materna y de alimentación complementaria.

Los niños y las niñas que viven en situaciones de vulnerabilidad en los países de la región de América Latina y el Caribe sufren de malnutrición en diversas formas. La magnitud y severidad del problema está estrechamente relacionada con la inequidad y la exclusión social de grupos específicos destacándose los pueblos indígenas, grupos afrodescendientes y campesinos. (Veneman, 2009) Esta situación se ha visto aún más agravada por la crisis de alimentos lo que ha llevado a los países a impulsar una amplia gama de programas para aliviar la situación

de pobreza extrema e inseguridad alimentaria, que incluyen la atención materno-infantil con enfoque en la promoción de la lactancia materna y complementación alimentaria a mujeres embarazadas y en período de lactancia, así como a niños y niñas lactantes y preescolares. (OMS, UNICEF, 2009)

El desarrollo de productos artificiales que intentan homologar la leche materna adjunto a su marketing, el embarazo a temprana edad, el inicio tardío de la lactancia, nivel económico, creencia y mitos culturales, se tornan factores para un desarrollo ineficaz de la lactancia materna, además de que, es ineludible indicar que en la actualidad y desde hace varios años el rol de la mujer en la actividad económica mundial ha sido de gran importancia y cada vez su inclusión aumenta. La participación creciente de las mujeres en la fuerza laboral tuvo un papel importante en la reducción de la pobreza en la región de América Latina y El Caribe (BANCO MUNDIAL, 2012)

En Ecuador el 40% de niños y niñas son amamantados exclusivamente durante sus seis primeros meses con leche materna, seguida de Bolivia con 54% y Chile con 63% (Unicef, 2009)

1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO

La lactancia materna tiene múltiples consecuencias positivas para el desarrollo del niño, así como ventajas saludables hacia la madre. Los beneficios inmunológicos y nutricionales que ofrece tienen especial importancia en los países en desarrollo. A pesar de los efectos beneficiosos de la lactancia materna, el uso del biberón y el destete precoz está aumentando en muchos países en desarrollo, debido principalmente a circunstancias socioeconómicas que separan al lactante de la madre. Esto trasladado a nuestro ámbito local, en el que nos percatamos de la importancia que conlleva la inclusión cada vez mayoritaria de la mujer en la fuerza productiva económica nacional, su relación laboral hace que ellas justifiquen como “falta de tiempo” para cumplir con lactancia materna según los estándares que se recomiendan, dependiendo del estrato social las madres oscilan en trabajos de 8 a 10 y hasta 12 horas diarias en relación de dependencia, en los cuales también difieren si poseen o no derecho a seguridad social, ya que, las que lo poseen gozan de 3 meses de remuneración legal para estar junto a sus bebés, y posterior reingreso a actividad laboral con derecho a 2 horas libres para lactancia, pero manifiestan no tener facilidades en su lugares de trabajo para realizarlo y muchos casos evidencian desconocimiento del mismo. Si sumamos además el mantenido nivel de incidencia de madres adolescentes, en las cuales su rol estudiantil en la mayoría de casos, las lleva a alejarse de lactancia, por su rápido reingreso a las unidades educativas, en donde por ende no existen infraestructuras para realizar esta actividad

adecuadamente; todo esto siempre y cuando la madre goce del apoyo socioeconómico de la pareja o familiares, ya que en otros casos, la madre se ve obligada a buscar actividad laboral en el cual no goza de seguridad social y los beneficios que la misma ofrece. El ausentismo materno conlleva a que los bebés sean dejados al cuidado ya sea de familiares, personas cercanas o guarderías, en los que dependen las costumbres propias o estándares de manejo para la alimentación de los niños, en su mayoría es relacionada al uso de leches artificiales o la administración temprana de alimentos diversos. La costumbres en madres o su desconocimiento del tema en muchos casos las lleva a ofrecer alimentos distintos a la leche materna, en muchos casos azucarados o salados, los cuales crean un ambiente discriminativo para el bebé, el cual prefiere los mencionados y se aleja de la lactancia. Se denota así la necesidad de brindar conocimiento sobre técnicas de extracción de leche, almacenamiento temporal y correcto uso del mismo para así extender los beneficios que esta actividad natural ofrece.

El descenso mayor en cuanto a magnitud y duración ha ocurrido en los países de América Latina. (Unicef, 2009) Estudios realizados en Brasil, Estados Unidos, Ghana, India Noruega y Omán confirman que los niños nacidos en cualquier parte del mundo y que disfrutan de un óptimo comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de tallas y pesos, es decir, que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años depende más de la nutrición, las prácticas de

alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos. (OMS, 2006)

1.2.3. PROGNOSIS

El abandono precoz de lactancia materna es una problemática de interés mundial, ya que se observa íntimamente relacionada como una causa base hacia el desarrollo de estados mórbidos como la desnutrición, infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas, las cuales encaminan hacia una mortalidad a temprana edad. Razón por la cual es un objetivo de intervención mundial (Quinto Objetivo del Milenio) que individualizado hacia nuestro país busca reducir la mortalidad en niños menores de 5 años de 43.1 defunciones por cada mil nacidos vivos en el año 1990 a hacia 14.4 por cada mil nacidos vivos que es la meta a lograr en el año 2015. Cabe destacar que en el año 2004 el índice fué de 21,8 por cada mil nacidos vivos, definiendo que la tasa de mortalidad de la niñez del Ecuador se encuentra entre las de más alta magnitud. Lo que nos lleva a enfocarnos hacia las metas propuestas para el Primer Objetivo del Milenio las cuales buscan mejorar los estados de extrema pobreza y la reducción del hambre en nuestro país, enfatizando a la desnutrición infantil como problema central, volviendo de vital importancia la nutrición inicial en donde la lactancia materna toma su papel protagónico (ODM ECUADOR, 2007)

1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que influyen en la madre para el abandono precoz de la lactancia materna?

1.2.5. DELIMITACIÓN

- **Contenido**
 - Campo: Medicina
 - Área: Pediatría, Salud comunitaria.
 - Aspecto: Factores asociados para el abandono precoz de la lactancia materna
- **Delimitación**
 - Espacial: Área de Salud 2 (Tungurahua-Ecuador)
 - Temporal: período Enero – Agosto 2012

1.3. JUSTIFICACIÓN

La ciencia ha demostrado que la lactancia materna es la mejor opción para alimentar al ser humano desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida de forma exclusiva y además prevenirle de enfermedades infecciosas y de etiología autoinmune, favoreciendo en definitiva la salud del niño y de la madre. Conociendo la problemática, observamos que es de gran relevancia identificar los factores influyentes en las madres para abandonar precozmente la lactancia de sus niños en nuestra localidad y así ayudar al mejor cumplimiento de los tiempos adecuados de lactancia materna y en

forma global superar los altos índices de desnutrición y mortalidad a edades tempranas. Cabe destacar que el Área de Salud 2 de la provincia de Tungurahua, no posee antecedentes investigativos sobre el tema, en su repositorio local. El estudio fue factible por cuanto se contó con la autorización y apoyo de las autoridades pertinentes, lo que nos llevó a establecer una investigación sin limitantes. Nuestro trabajo se enfocó en identificar los factores que alejan tempranamente a la madre de la lactancia de manera precoz, lo que nos llevó a realizar una propuesta destinada al conocimiento y apoyo hacia la madre para fortalecer el vínculo natural de alimentación con su bebe, y así prolongar el tiempo de lactancia materna exclusiva.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. General

1.4.1.1. Establecer los factores de riesgo que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna

1.4.2. Específicos

1.4.2.1. Determinar el porcentaje de madres que ejecutan una lactancia materna según lineamientos de la OMS.

1.4.2.2. Definir los conocimientos de las madres sobre la lactancia materna y sus beneficios.

1.4.2.3. Estimar la situación actual de la lactancia materna en niños menores de 6 meses en el Área de Salud 2

1.4.2.4. Diseñar un programa de intervención para información y fomento de una lactancia materna adecuada en el Área de Salud 2

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1.1. (Rius, 2011) en su estudio **“FACTORES ASOCIADOS AL INICIO Y AL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA”** realizado en el Hospital Materno Infantil LA FE de Valencia España que comprendió dos fases: una primera con carácter transversal, y otra posterior con carácter longitudinal prospectivo, Se investigó a 452 madres realizándoles seguimientos hasta el primer año de vida de su bebé con dos encuestas personales, la primera durante las primeras 24 horas tras el parto y la segunda el día del alta; además de cuatro encuestas telefónicas en los períodos comprendidos entre 1, 3 , 6 y 12 meses tras el parto. Las conclusiones fueron: Los factores de riesgo asociados a la no iniciación de una la lactancia materna son: presencia de abortos previos; ser madre fumadora y no abandonar dicho hábito durante la gestación; consumo habitual de fármacos previos a la gestación; opinión no favorable hacia la lactancia materna por parte de la abuela; opinión no favorable hacia la lactancia materna por parte de la pareja; haber dado una lactancia artificial desde el inicio al hijo previo y tener la residencia habitual fuera de la provincia de Valencia; Los factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna son: menor nivel de estudios materno; no tener sensación de suficiente leche al alta de la maternidad; no haber asistido a clases de preparación al parto con su matrona; ser madre fumadora

independientemente de que se abandone dicho hábito durante la gestación; peor predisposición en cuanto a la duración de la lactancia; ser una gestación asistida; utilización de pezoneras desde los primeros días y uso del chupete de forma habitual durante el primer mes de vida del lactante.

2.1.2. (Roig, 2012), en su estudio **“EL ABANDONO PREMATURO DE LA LACTANCIA MATERNA: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN, PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA”** tipo descriptivo longitudinal con seguimiento de 6 meses a una muestra accidental de mujeres con lactantes sanos de la ciudad de Elda en Alicante España. Se obtuvo información de 270 parejas madres/lactantes que iniciaron lactancia tras el parto. Las conclusiones fueron que los resultados sugieren la necesidad de aumentar el apoyo tras el alta, especialmente a las madre que ofrecen lactancia materna parcial; El éxito de la lactancia materna está muy vinculado a las existencia de experiencia anteriores positivas, por lo que para priorizar los recursos de apoyo profesional deberían tenerse en cuenta el grupo de madres sin experiencia o con una experiencia anterior negativa; la provisión de información adecuada puede ser un factor protector de la lactancia y debería ser accesible especialmente para madre con menor nivel de estudios o con un acceso más difícil a información necesaria.

2.1.3. (Gonzales & Huespe, 2008), realizaron su estudio denominado:

“LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA FACTORES DE ÉXITO Y/O FRACASO” de tipo descriptivo, estudiaron a 170 madres con hijos entre 6 y 12 meses de edad en la ciudad de Corrientes (Argentina). Se encontró que al mes de vida el 13% había dejado de ser amamantado, la lactancia exclusiva llegó al sexto mes en un 25% de menores de 20 años, 43% de sometidas a cesárea y 52% de madres que la iniciaron dentro de la primera hora del nacimiento y en 46% de madres de nivel de estudio terciario. Las conclusiones fueron que la edad influyó en éxito y/o fracaso de la lactancia exclusiva, contacto temprano madre-hijo estimuló en su comienzo y mantenimiento; las cesáreas condicionaron retraso del amamantamiento; el mejor nivel de instrucción materna influyó en lactancia exclusiva.

2.1.4. (Delgado, Arroyo, Diaz, & Quezada, 2006) En su estudio:

“PREVALENCIA Y CAUSAS DE ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EN EL ALOJAMIENTO CONJUNTO DE UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN”, realizado en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, D.F., México. Siendo un estudio prospectivo, de cohorte, analítico, en binomios madre-hijo con seguimiento de 6 meses. Sus resultados fueron: completaron seguimiento 111; 75 (67.6%) con lactancia materna exclusiva, 32 (28.8%) con lactancia mixta, y 4 (3.6) con sucedáneos. En el grupo con escolaridad de 0 a 6 años se encontró un riesgo relativo de 1.29 intervalo de confianza de 1.09, 1.84, $P = 0.11$ (prueba exacta de Fisher). En conclusión: prevalencia de lactancia materna exclusiva: 67.6%. Causa de abandono: producción baja. Única

variable significativa para lactar exclusivamente al seno materno y permanecer en el seguimiento: escolaridad 0 a 6 años.

2.2. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Según la Constitución de la República del Ecuador

Sección Séptima. Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, a la alimentación, a la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética con el enfoque de género y generacional.

Sección quinta. Niños, niñas y adolescentes

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

3. Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad. El Estado garantizará su incorporación en el sistema de educación regular y en la sociedad.

9. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufra enfermedades crónicas o degenerativas.

Dentro del marco legal de Protección a la Niñez, en primer lugar la Constitución de la República, aprobada en:

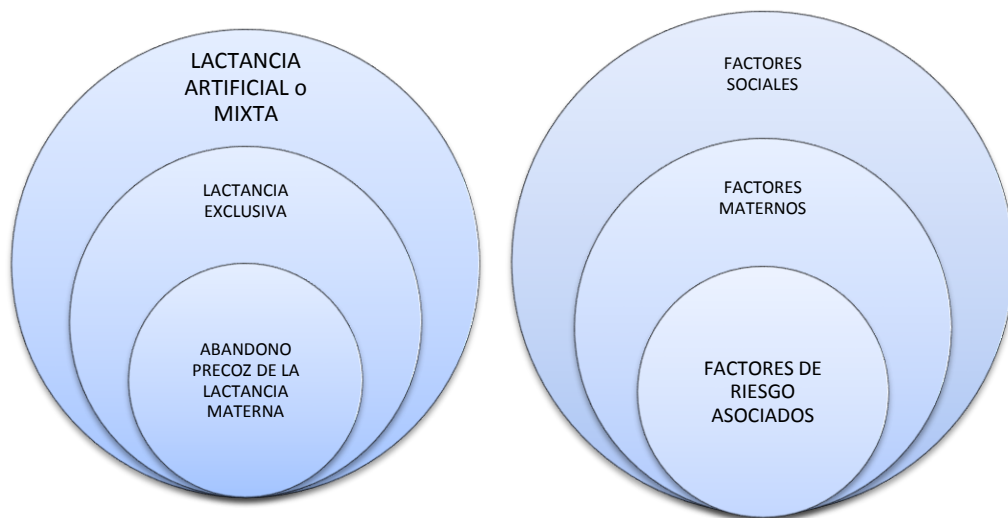
- Sujeto de derechos ciudadanos
- Interés superior del niño
- Máxima prioridad
- Protección integral
- No discriminación
- Igualdad ante la ley
- Corresponsabilidad
- Ejercicio progresivo de los derechos

Otro instrumento legal de cumplimiento obligatorio es el Código de la Niñez y Adolescencia, el mismo que en su Libro Tercero: Sistema de Protección Integral, incluye el Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral con:

Políticas y planes

- Organismos de definición, planificación, control y evaluación de políticas a través del Consejo Nacional y Consejos Cantonales de Niñez y Adolescencia.
- Organismos de protección, defensa y exigibilidad de derechos por medio de las Juntas Cantonales, Justicia Especializada y otros estamentos como la Defensoría del Pueblo, Defensorías Comunitarias y Policía especializada.

2.3. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



2.3.1. DESARROLLO DE CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

LACTANCIA MATERNA

DEFINICIÓN.-

La lactancia materna es un instrumento ideado por la naturaleza para asegurar la supervivencia de la especie humana, ya que ofrece al recién nacido el alimento, protección inmunitaria y seguridad afectiva por la vinculación segura entre madre e hijo. Se estima como un proceso complejo que requiere del funcionamiento óptimo y sincronía de dos organismos: el de la madre y el del bebe. (Hernández & Lazarte, 2011)

Reconocida científicamente como la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludables. En la práctica todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de información adecuada, el apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. (OMS, 2010)

En 1991 la OMS adoptó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante.

Lactancia materna exclusiva: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

Alimentación complementaria: Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.

La lactancia artificial o fórmulas adaptadas: son productos alimenticios utilizados como sustitutivos totales o parciales de la leche humana, que proporcionan un aporte adecuado de nutrientes para la necesidad del lactante.

Lactancia Mixta se refiere al tipo de alimentación en la que se mezcla lactancia materna más lactancia artificial y/o algún otro líquido o sólido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la Unión Europea (UE) y el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) concuerdan y recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y complementada con otros alimentos de una manera oportuna y adecuada hasta los 2 años o más, esto es, hasta que la madre y el bebé lo deseen. De acuerdo con la evidencia científica actual, la lactancia materna es el gold estándar en salud hoy en día, también en países desarrollados. (Ageitos, Pugin, & Valdés, 2013) (Shelov & Kaskel, 2003) (Stettler, Bhatia, Anjali, & Stallings, 2013)

LACTOGÉNESIS

Hacia el término de la gestación los alvéolos muestran en su interior una sustancia compuesta por células epiteliales descamadas y leucocitos y se puede detectar lactosa en la sangre y orina de la madre, la que se ha correlacionado con síntesis de lactosa en la glándula mamaria.

Durante el embarazo, las células alveolares sintetizan lactosa en la célula, la que se absorbe, pasa a la sangre y se elimina por los riñones. Así, el aumento de lactosa urinaria durante el embarazo, refleja la actividad de

síntesis de la mama. En la mayoría de las mujeres la excreción de lactosa por la orina comienza entre las 15 y 20 semanas de gestación. A esta capacidad de las mamas de sintetizar los componentes de la leche se le denomina Lactogénesis I. Hasta el momento del parto, la producción de grandes volúmenes de leche, o lactogénesis II, está inhibida por antagonismo de los esteroides sexuales placentarios, particularmente la progesterona. Esta inhibición es tan poderosa, que aún pequeños restos placentarios retenidos pueden demorar el proceso de producción de leche en el postparto. El efecto inhibitor de los estrógenos sobre la lactogénesis no está del todo aclarado, pero se sabe que disminuyen la cantidad de prolactina incorporada a las células del alvéolo mamario, impidiendo el aumento de receptores de prolactina que normalmente ocurre durante la lactancia. La prolactina dentro de la célula alveolar estimula la síntesis de la lactoalbúmina y por lo tanto la síntesis y secreción de la lactosa.

Durante la lactancia, los receptores para progesterona desaparecen de la glándula mamaria, lo que explica por qué la progesterona no tiene un efecto supresor de la lactancia una vez que el proceso está establecido.

El período de la lactancia se inicia después del parto. El nivel de progesterona en la sangre de la madre baja progresivamente y se suprime la acción inhibitora que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche, iniciándose la secreción láctea 30-40 horas después de la eliminación de la placenta. Dado que el momento de la eliminación de la placenta (y la consecuente depuración de progesterona) después de un parto vaginal o una cesárea son semejantes, el aumento de volumen en la producción de

leche no varía según el tipo de parto. Luego del parto, hay un rápido cambio en la composición de la leche debido primero, a la disminución del sodio y cloro, que se inicia inmediatamente después del parto y se completa a las 72 horas por el cierre de los espacios inter-celulares bloqueando la vía para-celular, y luego al aumento en la síntesis de la lactosa y proteínas, al aumento de la síntesis y secreción de grasas y a los cambios en la tasa de transporte de inmunoglobulinas y otras proteínas no sintetizadas por la célula mamaria. A esto se suma la acción osmótica de la lactosa que atrae agua, produciendo un aumento del volumen de leche. La producción de calostro y la "bajada de la leche", se producen independientes del vaciamiento o la succión del niño, pero estos facilitan el establecimiento de la lactancia.

Se denomina galactopoyesis al proceso que mantiene la producción de la leche una vez establecida la lactancia. Esta etapa de la lacto génesis depende tanto del ambiente hormonal del plasma materno como de la remoción de la secreción láctea de la mama y recién se habla de una lactancia establecida después los 30 días postparto cuando se ha establecido la retroalimentación entre los requerimientos del lactante y la producción de leche de la madre.

La variedad entre la velocidad de producción de leche en el ámbito de los diferentes alvéolos hace parecer que ésta se produce en forma continua. Existen dos niveles hormonales de regulación: regulación de la tasa de síntesis y secreción de leche y regulación de la eyección de leche. Y además, un proceso de regulación interna de la célula. Aunque estos

procesos dependen de la succión del niño u otros estímulos del pezón, que permiten el vaciamiento de la mama, los mecanismos centrales y locales que participan son muy diferentes. La secreción láctea de la mama depende, por lo tanto del control endocrino, regulado por prolactina y oxitocina, del control autocrino, regulado por el vaciamiento de la mama y por el "feedback inhibitor of lactation" (FIL) o factor inhibidor de la lactancia. El reflejo liberador de prolactina es controlado por las neuronas dopaminérgicas del hipotálamo. El estímulo del pezón y de la areola produce por vía de un reflejo neurohormonal, la inhibición de la secreción de dopamina (PIF). La cantidad de dopamina que alcanza a las células lactotropas de la hipófisis anterior, determina la cantidad de prolactina secretada por ellas. El estímulo del pezón-areola inhibe la secreción de dopamina y por lo tanto permite la liberación de prolactina por la hipófisis anterior.

Las drogas que impiden la síntesis de la dopamina o bloquean su acción (reserpina, fenotiazinas, metoclorpramida, sulpiride) producen hiperprolactinemia, pero solo aumentarían la producción de leche cuando existe un adecuado reflejo eyectolacteo y vaciamiento de la mama.

La prolactina liberada alcanza a las células del alvéolo mamario, estimulando la secreción de la leche. La infusión de dopamina o la administración de dopaminérgicos, como la bromocriptina, reducen los niveles plasmáticos de prolactina e inhiben la secreción láctea.

El efecto lactógeno de la prolactina es apoyado por otras hormonas: insulina, cortisol, hormonas tiroideas, paratiroides y hormonas de

crecimiento, sin necesitar que sus niveles sean mayores que en la mujer no embarazada.

En consecuencia, el uso de estimulantes de la prolactina no tiene ninguna indicación ni en el período del postparto inmediato, ya que el volumen de leche está regulado por la depuración de progesterona, ni durante la lactancia establecida, ya que el rol de la prolactina es más permisivo que regulatorio. La leche no fluye espontáneamente hacia los conductos y por lo tanto no se encuentra disponible para el niño. Para que la leche fluya desde los alvéolos es necesario que éstos sean exprimidos por las células mioepiteliales que los rodean. La contracción de estas fibras, o reflejo eyectolacteo, es producida por la liberación de oxitocina por la hipófisis posterior. El reflejo liberador de oxitocina no sólo responde a los estímulos sensoriales y mecánicos del pezón-areola, sino que también puede ser desencadenado por estímulos visuales, auditivos u olfatorios, pudiendo llegar a ser un reflejo condicionado y a diferencia del reflejo de prolactina, éste puede ser bloqueado por estrés o dolor que produzcan liberación de catecolaminas. Los estímulos físicos o psicológicos repentinos, por efecto de la adrenalina, pueden inhibir temporalmente el reflejo eyectolacteo, sin embargo, no se ha demostrado que el estrés leve o crónico lo afecte; sólo puede demorarlo ligeramente. Cuando el reflejo eyectolacteo demora más de un minuto, generalmente se debe a que hay interferencia de factores como dolor al amamantar o inseguridad en la capacidad de hacerlo que genera estrés. (Valdés & Pérez, 2005)

La leche materna ha sido nombrada como la sangre blanca por sus propiedades inmunológicas nutricionales y de protección de tejidos, al poseer factores específicos (IgA,IgG, IgM e IgD) y factores inespecíficos (factor bifidus, lactoferrina, proteína fijadora de la vitamina B, lisozima, componentes C3 y C4 del complemento, macrófagos, linfocitos T y B, y leucocitos polimorfonucleares, entre los principales). (Arango, 2007)

BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA

Los efectos positivos de la lactancia materna en la salud de los niños y las madres han sido observados en todo lugar. La lactancia materna reduce el riesgo de infecciones tales como diarrea, neumonía, otitis, Haemophilus influenza, meningitis e infección urinaria. Protege también contra condiciones crónicas futuras tales como diabetes tipo I, colitis ulcerativa y Enfermedad de Crohn. La lactancia materna durante la infancia se asocia con menor presión arterial media y colesterol sérico total, y con menor prevalencia de diabetes tipo 2, sobrepeso y obesidad durante la adolescencia y edad adulta. La lactancia materna retarda el retorno de la fertilidad de la mujer y reduce el riesgo de hemorragia post-parto, cáncer de mama premenopáusico y cáncer de ovario. (Basain & Pacheco, 2015)

LA REALIDAD DE LA LACTANCIA MATERNA.

El abandono progresivo de la lactancia materna como forma de alimentar a los niños, tiene y obtendrá, consecuencias muy importantes para la salud de los niños, quizás más importantes para las generaciones futuras. Como

ejemplo mundial se evidencia que la prevalencia y duración de la lactancia materna en todos los países europeos está muy por debajo de lo recomendado por la OMS.

Observamos por ejemplo como satélite distante a una economía desarrollada y país en donde existe la mayor tasa de migración de nuestro país y denotamos que: en España no se siguen las directrices marcadas en “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño” que se suscribió durante la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en el año 2002, no se cumplen los objetivos de la Declaración de Innocenti y la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños está muy poco implantada. En EEUU la situación es similar de tal manera que en octubre del año 2000, The Surgeon General (responsable máximo de la política sanitaria del país), presentó un plan cuyo objetivo principal era incrementar la tasa y la duración de la lactancia materna (Hernández & Aguayo, 2005). En los países desarrollados, salvo escasas excepciones, han concurrido una serie de factores de muy diversa índole (sanitaria, social, cultural, etc.) que han hecho que el fracaso de la lactancia materna se pueda considerar “una nueva enfermedad propia de los siglos XX y XXI”.

En la actualidad se muestra que muchas madres poseen creencias erróneas sobre su leche como el mejor alimento para el hijo, dado que la comercialización y publicidad de las leches de fórmula han hecho que se menosprecie el mejor regalo de la naturaleza. Por otra parte los mismos servicios de Salud contribuyen con frecuencia a la disminución de la lactancia natural, al fomentar y poner en práctica costumbres y

procedimientos que interfieren con la iniciación y el establecimiento normal de la lactancia materna. (Arango, 2007)

En el Ecuador, sólo el 39.6 por ciento de los niños menores de seis meses reciben lactancia exclusiva. Esta es más frecuente en el área rural (53.9%), para los de madres del quintil más bajo (50.7%) y para los niños(as) de madres que no trabajan (39%). El porcentaje que reciben lactancia exclusiva es mucho mayor en la Sierra que en la Costa (52.9% contra 25.4%) y más del doble para niños(as) de madres indígenas que para niños(as) de madres mestizas (71.6% contra 34.5%). La complementación alimentaria a la lactancia ocurre más temprano que lo recomendado. La lactancia materna predominante es la que conlleva el consumo de agua u otros líquidos (excluyendo otras leches). El 18.4 por ciento de los niños(as) menores de seis meses de edad recibe lactancia predominante. Al acumular estos porcentajes con los de la lactancia exclusiva, se puede mencionar que el 58.0 por ciento de los menores de seis meses de edad reciben lactancia completa. El resto no está siendo lactado o recibe otros alimentos no recomendados para los niños(as) en esas edades. (CEPAR, 2005)

2.4. HIPÓTESIS

Los factores de riesgo maternos (actividad laboral-educativa, nivel de conocimientos, relación conyugal), sociales (entorno comunitario) asociados inducen el abandono precoz de la lactancia materna.

2.5. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

**2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE: ABANDONO PRECOZ DE LA
LACTANCIA MATERNA**

2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE

La presente investigación está dentro del enfoque cualitativo ya que se establecerán los factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación presentó la siguiente modalidad

De campo, por cuanto el estudio de los hechos es en el lugar en donde se producen los acontecimientos, en este caso el Área de Salud 2 de la Provincia de Tungurahua

3.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Descriptivo: apoyados en el análisis estadístico con el propósito de determinar qué factores se asocian e influyen en las madres para el abandono precoz de la lactancia en la población de estudio a partir de una muestra.

Transversal.- Se realizó un estudio de rápida ejecución y fácil control en un corto periodo de tiempo

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población elegida son mujeres cuyo control postnatal y regular, se realiza en el Área de Salud 2 de la Provincia de Tungurahua y abarcan 1237 binomios madre e hijo; de las cuales se ha tomado una muestra de 302, según el siguiente cálculo:

$$N = \frac{N}{E^2 (N-1) + 1}$$

N = Tamaño de la muestra
 N = Población Universo 1237
 E = Margen de Error de 0,05

$$N = \frac{N}{(0,05)^2 (N-1) + 1}$$

$$N = \frac{1237}{0,0025 \quad 1236 \quad + \quad 1}$$

$$N = \frac{1237}{3,09 \quad + \quad 1}$$

$$N = \frac{1237}{4,09} = 302$$

COMPOSICIÓN	MUESTRA
MADRES CON NIÑOS DE 0 a 6 MESES	302
TOTAL: TRES CIENTOS DOS	302

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Madres que acuden a realizar control postnatal a sus hijo(a) s en el centro de Salud 2, tras un parto vaginal o por cesárea y cuyo resultado fue un recién nacido sano.
- Niños con madres que acceden a participar en el estudio

3.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Recién nacidos que por cualquier patología tuvieran que ingresar en el Servicio de Neonatología
- Madres que declinaron participar en el estudio.
- Madres con gestaciones múltiples. Por la dificultad añadida que supone el lactar 2 niños a la vez, en lugar de uno solo.

3.7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.7.1. VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS
<p>Factores de Riesgo se conceptúa como: Es toda medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho (en nuestro caso, el abandono precoz de la lactancia)</p>	Factores de Riesgo Maternos	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado Civil • Nivel de instrucción • Situación Laboral Materna <ul style="list-style-type: none"> - Ama de casa - Empleada • Conocimiento sobre lactancia materna y forma de adquisición de esos conocimientos • Físicos: <ul style="list-style-type: none"> - Grietas en el pezón - Absceso mamario - Poca producción de leche - Estéticos • Médicos: (Enfermedad materna) <ul style="list-style-type: none"> - Uso de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué edad tiene? • ¿Qué nivel de instrucción posee? • ¿Conoce Ud. los beneficios madre – hijo, por realizar lactancia materna? • ¿Qué motivos aduce Ud. para no realizar lactancia materna? • ¿Experimentó algún cambio físico o enfermedad que le haya llevado al cese de la lactancia? • ¿Le han enseñado la forma correcta de amantar a su bebe? 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario estructurado y dirigido a madres (ANEXO 1)
	Factores de riesgo Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Costumbres familiares o étnicas 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tipo de alimentación para lactantes acostumbran en su familia o comunidad? 	

Elaborado por: Juan Carlos Jácome

3.7.2. VARIABLE DEPENDIENTE: ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS
Se denomina así al cese de la lactancia antes de los 6 meses de edad del lactante	Lactancia materna exclusiva	Alimentación del lactante con leche de la madre solamente.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tipo de alimentación (tipo de lactancia) le ofrece a su niño(a)? • ¿Qué edad tenía su bebé al momento de ofrecerle alimentación diferente a la leche materna? • ¿Qué alimentos le ha ofrecido a su bebe a parte de la leche materna? 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario estructurado y dirigido a madres (ANEXO 1)
	Lactancia artificial	Alimentación del lactante con formulas		
	Lactancia mixta	Alimentación del lactante con leche materna + leche artificial y/o algún otro alimento liquido o sólido		

Elaborado por: Juan Carlos Jácome

3.8. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se aplicará encuestas mediante cuestionario destinadas a las madres que asisten a control postnatal o consulta en el Área de Salud 2. Los cuestionarios serán estructurados con preguntas que contienen varias opciones que facilitarán el procesamiento y análisis de datos. Previo a la aplicación de las encuestas, se realizará un pre test para conocer si las preguntas están claras y entendibles al igual que las propuestas de respuestas previamente definidas

3.9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

La información obtenida será ingresada a una base de datos creada en Excel y procesada con el programa EPIINFO 3.5.3. (Center Disease Control) Los resultados se expresaran en porcentajes en tablas/gráficos. Por lo que se obtendrán datos estadísticos descriptivos y pruebas de significación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1.1. EDAD MATERNA

Tabla 1: Edad materna

EDAD MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADOLESCENTES	95	31.5%
ADULTOS	207	68.5%
TOTAL	302	100%

Fuente: Base de Datos

Elaborada por: Juan Carlos Jácome

En nuestra población de estudio la edad materna oscila entre 16 – 35 años, agrupándose de acuerdo a grupos etarios, en lo cual, el porcentaje mayoritario son madres en edad adulta con el 68.5%, es llamativo el porcentaje de madres adolescentes 31.5%, dichas mujeres que por el temprano enrolamiento hacia la maternidad, no poseen el conocimiento adecuado y por su juventud optan por seguir lineamientos familiares o recomendaciones de experiencias de personas cercanas a su entorno, además de ser una área vulnerable ya que dependen de la decisión de padres o pareja así como de su regreso a actividad estudiantil o inicio de relación laboral.

4.1.2. ESTADO CIVIL

Tabla 2: Estado Civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA	120	%
UNION LIBRE	107	%
SEPARADA	29	%
SOLTERA	46	%
TOTAL	302	100,00%

Fuente: Base de Datos

Elaborada por: Juan Carlos Jácome

Las madres con pareja socialmente estable corresponden al 81.8% (en conjunto casadas y unión libre) denotándose como un factor protector de la lactancia puesto que las mujeres en este grupo cuentan con el apoyo de sus parejas en cuanto al cuidado y manejo del niño, además la presencia del rol paternal le brinda tranquilidad para realizar de mejor manera su actividad materna. Lo mencionado coincide con el estudio realizado por (Sosa, Higuera, Buritica, Maldonado, Vélez, & Parra, 2009), en el cual se observó que 1 de 4 madres es soltera, haciendo énfasis en las limitaciones que dicha condición conlleva en cuanto al cuidado del hijo, el cual termina en manos de familiares o terceros.

4.1.3. NIVEL DE ESTUDIOS

Tabla 3: Escolaridad materna

NIVEL DE ESTUDIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIOS FINALIZADOS	6	2,00%
PRIMARIOS NO FINALIZADOS	2	0,70%
SECUNDARIOS FINALIZADOS	102	33,80%
SECUNDARIOS NO FINALIZADOS	172	57,00%
UNIVERSITARIOS	20	6,60%
TOTAL	302	100,00%

Fuente: Base de Datos

Elaborada por: Juan Carlos Jácome

Observamos que el nivel de escolaridad de mujeres en etapa de lactancia es secundaria incompleta (educación media) con el 57% del total de muestra de nuestro estudio. Asemajándose a lo observado en el estudio realizado en el municipio de Envigado - Colombia se observó que de un total de muestra de 510 madres en periodo de lactancia (niños menores de un año), el 22.9% correspondía a madres con estudio secundario incompleto. (Sosa, Higuita, Buritica, Maldonado, Vélez, & Parra, 2009)

4.1.4. ACTIVIDAD LABORAL MATERNA

Tabla 4: Situación laboral materna

SITUACIÓN LABORAL MATERNA	Frecuencia	Porcentaje
AMA DE CASA	105	34,77%
EMPLEADA	143	47,35%
ESTUDIANTE	54	17,88%
Total	302	100,00%

Fuente: Base de Datos

Elaborada por: Juan Carlos Jácome

La actividad laboral materna en la actualidad económica de la sociedad, mantiene un rol importante y representativo, definiéndose a la madre como la principal abastecedora en los hogares, es así que el 47.35% de madres lactantes mantienen relación laboral, siendo un gran aporte para la economía de nuestro país, pero dicha actividad es usada por las mujeres para optar por alejarse del amamantamiento antes de cumplidos los 6 meses recomendados, es así que las mujeres que poseen relación de dependencia laboral, ejecutan su lactancia dentro de los 3 primeros meses de vida de su bebe pero al tener que regresar a sus trabajos, introducen precozmente alimentos y se alejan precozmente de la lactancia.

4.1.5. TIPO DE ALIMENTACIÓN

Tabla 5: Tipo de Alimentación

TIPO DE LACTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LM EXCLUSIVA	160	52,99%
LM MIXTA	135	44,70%
L. ARTIFICIAL	7	2,31%
TOTAL	302	100,00%

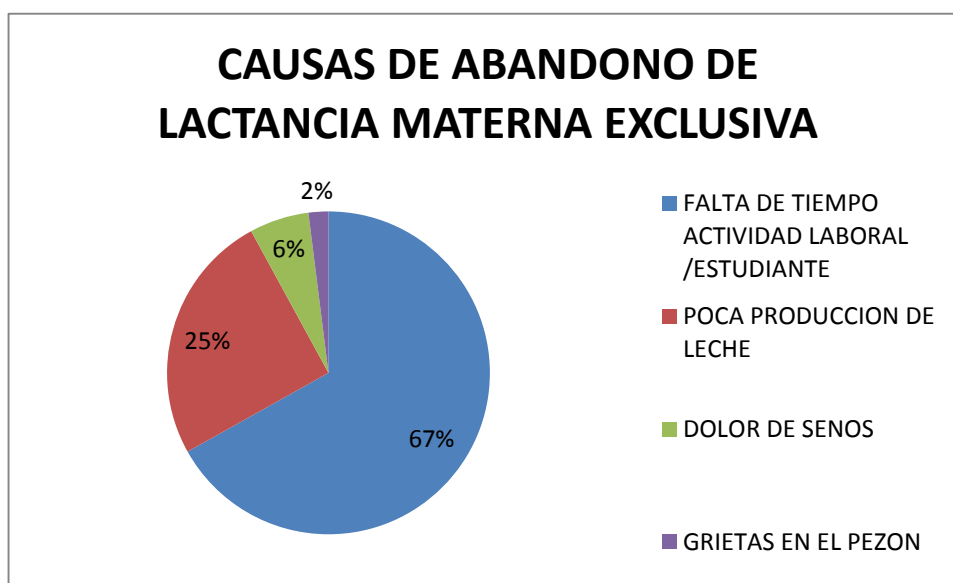
Fuente: Base de Datos

Elaborada por: Juan Carlos Jácome

En nuestro estudio reflejamos que el 52.9% de bebes son amamantados de forma exclusiva, el resto lo hace en forma mixta o netamente artificial, siendo este último en poco porcentaje. La introducción de alimentos distintos a la LM de manera precoz tiene repercusiones tanto corto mediano y largo plazo, en crecimiento como desarrollo en incidencia de enfermedades metabólicas como inmunológicas. (Ibáñez & Sorlí, 2015) (Basain & Pacheco, 2015)

4.1.6. CAUSAS DE ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Grafico 1 Causas de abandono de lactancia materna exclusiva



Fuente: Base de Datos

Elaborada por: Juan Carlos Jácome

La principal causa de abandono de lactancia materna reflejada es la falta de tiempo de la madre, ya sea por actividad laboral o actividad estudiantil en un 67% de nuestro estudio, seguido de la sensación de falta de producción de leche, mastalgia y pocos casos de grietas en los pezones que por el dolor e incomodidad en las madres, se alejaron la lactancia de manera precoz. En estudio realizado de un Hospital mexicano en una muestra de 111 madres se observó que la principal causa de abandono fué la poca producción de leche y en segundo lugar, la mastitis. (Chavez, Sanchez, Ortiz, & Ortega, 2009)

4.1.7. EDAD DEL NIÑO, AL CESE DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Tabla 6: Edad del niño

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
1 MES	6	4,22%
2-4 MESES	98	69,01%
5- <6 MESES	38	26,77%
Total	142	100,00%

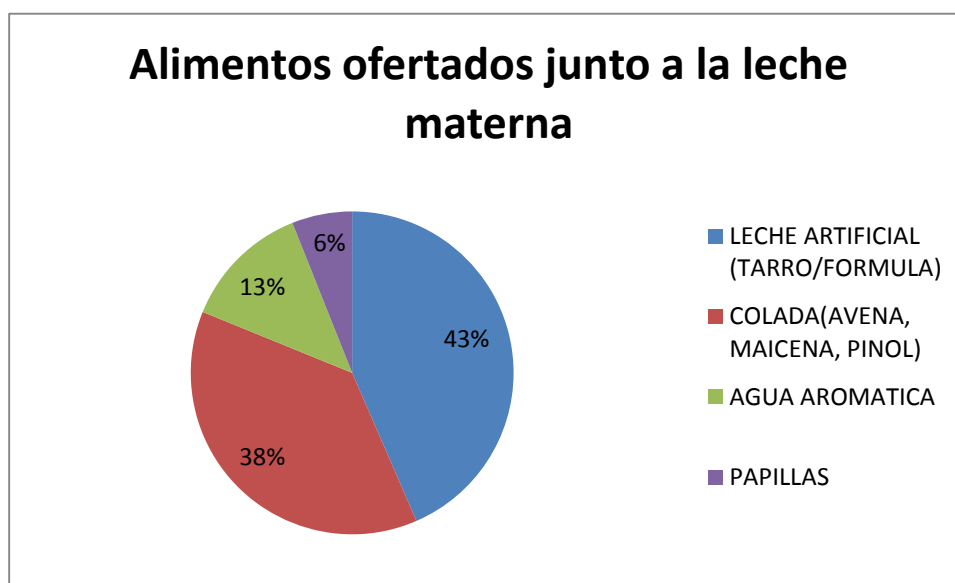
Fuente: Base de Datos

Elaborada por: Juan Carlos Jácome

Denotamos que el cese de lactancia materna exclusiva en su mayoría con el 69.01% de los casos de nuestra muestra, fué entre 2 y 4 meses de edad, en las cuales manifestaron haber iniciado alimentación complementaria o artificial, lo que se relaciona con las mujeres que mantienen actividad laboral o estudiantil, ya que en el primer caso, la ley ecuatoriana permite 12 semanas de ausencia al trabajo remunerada por maternidad, y al sentir cerca el retorno hacia dicha actividad, optan por ofertar a sus bebés alimentación suplementaria con leches artificiales o lo que acostumbren en su hogar o familia (coladas, agua aromática) para que la ausencia materna facilite el cuidado del niño, así quitándole el rol protagónico a la leche materna.

4.1.8. ALIMENTACIÓN OFERTADA

Grafico 2: Alimentos ofertados junto a la leche materna



Fuente: Base de Datos

Elaborada por: Juan Carlos Jácome

El 43% de madres ha optado por combinar la lactancia materna junto con fórmulas o también denominada leche artificial, del 38% lo hace con biberones con las denominadas coladas a bases de avena, maicena, machica, siendo tradiciones familiares y/o comunitarias.

4.1.9. CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA

Tabla 7: Recibió información sobre técnicas de amamantamiento y lactancia materna

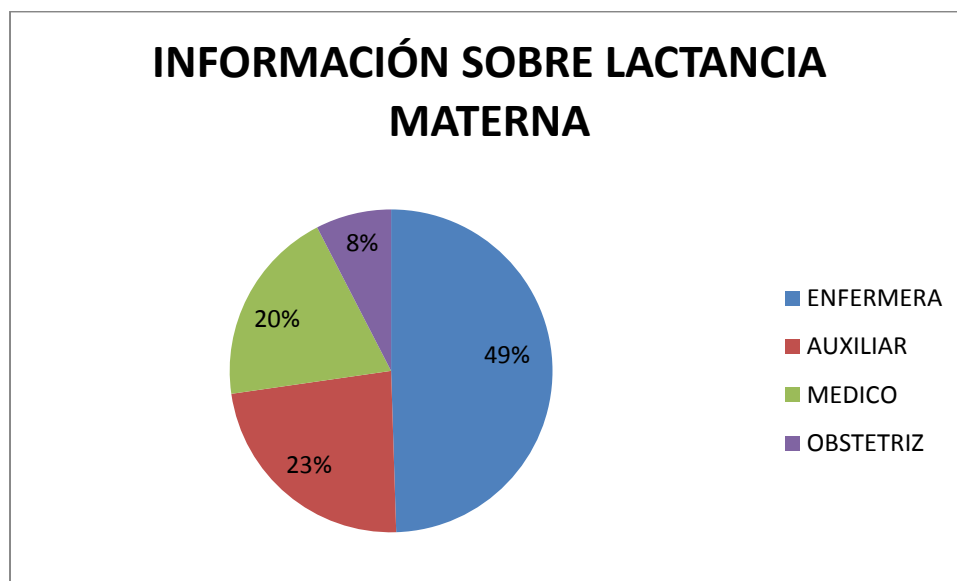
TÉCNICAS DE AMANTAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
NO	104	34,44%
SI	198	65,56%
Total	302	100,00

Fuente: Base de Datos

Elaborada por: Juan Carlos Jácome

El 65.56% de madres manifestaron haber recibido información en el área de salud donde acude a sus controles, sobre las diversas técnicas de amamantamiento y beneficios que tiene la lactancia tanto para el bebe como para la madre.

Gráfico 4: ¿Quién le brindó información sobre lactancia materna?



Fuente: Base de Datos

Elaborada por: Juan Carlos Jácome

Se evidencia que el personal de enfermería con el 72% (sumado los auxiliares de enfermería) encabeza la fuente de información sobre conocimientos de lactancia materna, debido a que es el personal que mayor tiempo de interacción posee con las madres, ya que comparten dialogo en la preparación de paciente, post consulta, vacunación y administración de medicación si fuere el caso. Denotando de suma importancia el fortalecimiento y capacitación en el personal de salud para la promoción óptima de lactancia materna exclusiva.

4.1.9.1. CONOCIMIENTOS DE METODO DE CONSERVACIÓN DE LECHE MATERNA EN EL HOGAR

Grafico 5:



Fuente: Base de Datos

Elaborada por: Juan Carlos Jácome

El 95% de madres refieren desconocer totalmente sobre métodos de conservación de la leche materna, su almacenamiento y posterior uso de forma adecuada. Por lo cual creemos importante que se sociabilice dichos conocimientos y fomentar así la continuidad de la lactancia materna exclusiva.

4.2. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

La hipótesis fue verificada mediante el modelo estadístico del Chi-cuadrado para variables no paramétricas, con el objetivo de establecer la correspondencia de valores observados y esperados, permitiendo la comparación total del grupo de frecuencias a partir de la hipótesis que se quiere verificar y con el propósito de comprobar si los valores de frecuencia obtenidos en las encuestas y registrados en la tabla son representativos.

Planteamiento de la Hipótesis

Para el cálculo de la verificación, se tomó en cuenta dos variables de la hipótesis ya planteada.

Hipótesis: Los factores de riesgo maternos (actividad laboral-educativa, nivel de conocimientos, relación conyugal), sociales (entorno comunitario) asociados inducen el abandono precoz de la lactancia materna

Modelo lógico

Ho (Hipótesis nula) = Los factores de riesgo maternos (actividad laboral-educativa, nivel de conocimientos, relación conyugal), sociales (entorno comunitario) asociados NO inducen el abandono precoz de la lactancia materna.

Ha (hipótesis alterna) = Los factores de riesgo maternos (actividad laboral-educativa, nivel de conocimientos, relación conyugal), sociales (entorno comunitario) asociados inducen el abandono precoz de la lactancia materna.

Modelo matemático

$$H_0 = O = E \rightarrow O - E = 0$$

$$H_a = O \neq E \rightarrow O - E \neq 0$$

Simbología

α = Margen de error

gl = Grados de libertad

nf = Número de fila

nc = Número de columna

$X^2\alpha$ = Chi cuadrado tabulado a un nivel de significancia

Nivel de Significancia y grados de libertad

$$\alpha = 0.05$$

$$gl = (nc - 1) (nf - 1)$$

$$gl = (2-1) (2-1)$$

$$gl = (1)(1)$$

$$gl = 1$$

$$X^2_{\alpha} = 3,84 \text{ (Chi Tabulado)}$$

Estadístico de prueba

$$x^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O - E)^2}{E}$$

Simbología

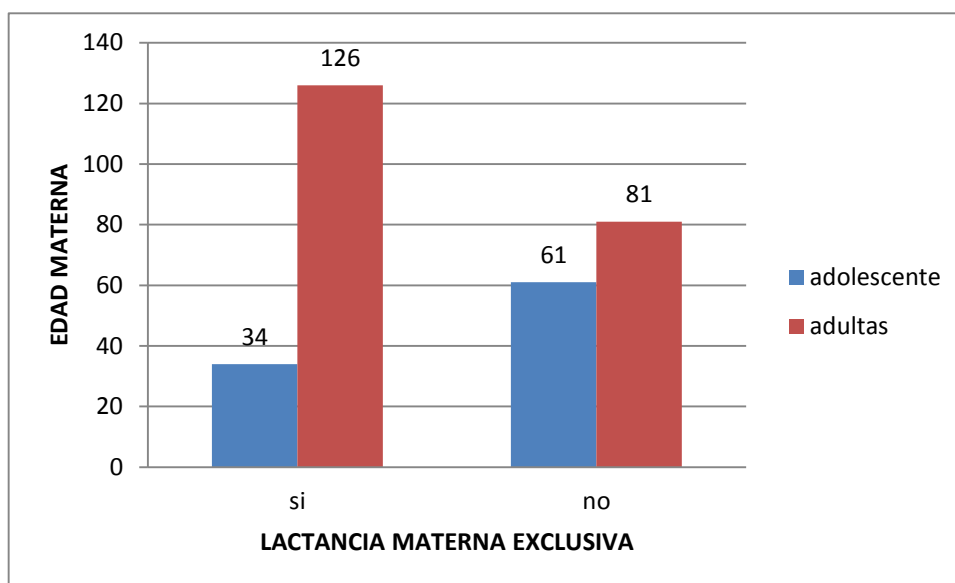
X^2 = Valor a calcularse de Chi Cuadrado

O = Frecuencias Observadas

E = Frecuencias Esperadas

4.2.1. RELACIÓN ENTRE EDAD DE LA MADRE Y LACTANCIA MATERNA

Grafico 6: Relación entre edad materna y lactancia materna exclusiva



Fuente: Base de Datos

Elaborada por: Juan Carlos Jácome

En el estudio se observó que existe relación significativa entre la edad y la realización de lactancia materna exclusiva, ya que del total de madres que si amamantan a sus bebés, el 78,75% de madres en edad adulta lo hicieron de manera exclusiva, denotando que la experiencia y la madurez psicossomática influyen positivamente en la realización de lactancia materna.

Análisis estadístico:

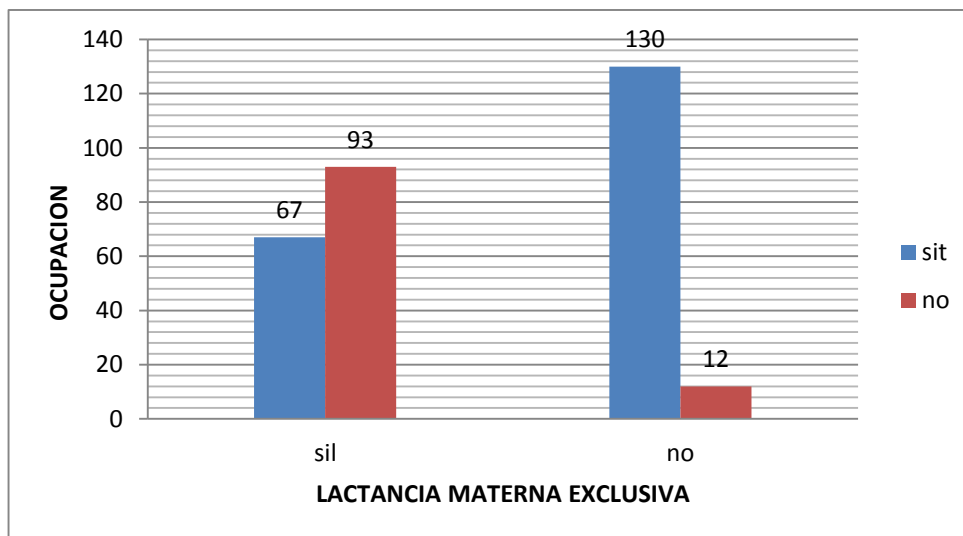
Valor crítico: 3.841 Grados de libertad: 1 Chi² calculado: 16.442 p: <0.05

En nuestra población de estudio materno observamos que si existe relación estadística significativa entre la edad materna y la ejecución de lactancia materna exclusiva como se recomienda en los lineamientos de la OMS.

4.2.2. RELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y LACTANCIA MATERNA

EXCLUSIVA

Grafico 7: Relación entre ocupación de la madre y lactancia materna exclusiva



Fuente: Base de Datos

Elaborada por: Juan Carlos Jácome

Se evidenció que las madres que mantienen ocupación tanto de manera laboral como estudiantil, tuvieron relación significativa con el desarrollo de LME, Las madres que amamantan a su bebe de forma exclusiva en su mayoría son amas de casa, mientras que el 91.5% de madres que no realizan LME, tienen una ocupación tanto laboral como estudiantil. Lo que va de la mano con la actualidad en la que el género femenino desarrolla un rol importante en la economía tanto local como regional (BANCO MUNDIAL, 2012)

Análisis estadístico:

Valor crítico: 3.841 Grados de libertad: 1 Chi² calculado: 81.85 p: <0.05

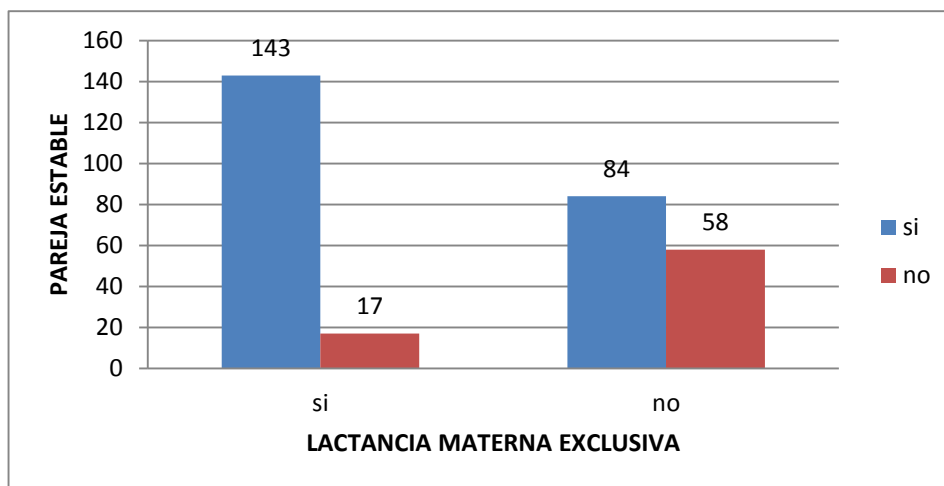
Observamos que si existe relación estadística significativa entre la ocupación materna y el desarrollo de LME, denotamos mayor frecuencia de abandono de

dicha actividad en madres que mantienen rol protagónico en la economía de su hogar.

4.2.3. RELACIÓN ENTRE PAREJA ESTABLE Y LACTANCIA MATERNA

EXCLUSIVA

Gráfico 8: Relación entre pareja estable y lactancia materna exclusiva



Fuente: Base de Datos

Elaborada por: Juan Carlos Jácome

En nuestra muestra de estudio observamos que existe significativa relación entre la existencia de estabilidad conyugal y la realización de LME. La mayor frecuencia de dicha actividad fue evidente en madres en las que existe estabilidad ya sea matrimonial o unión libre. Considerándose como en estudios previos realizados como un factor de protección hacia la LME, por cuanto se relaciona la presencia paterna como un factor psicológico positivo en la madre. (Gonzales & Huespe, 2008)

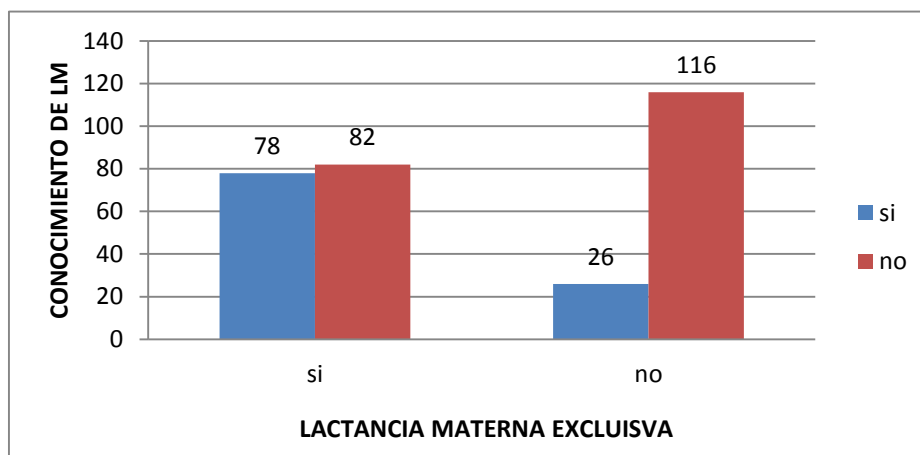
Análisis estadístico:

Valor crítico: 3.841 Grados de libertad: 1 Chi² calculado: 36.80 p: <0.05

Al aplicar la técnica estadística se determinó que hubo relación importante entre la estabilidad conyugal y el desarrollo de LME.

4.2.4. RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y LME

Gráfico 9: Relación entre conocimiento de la madre sobre lactancia y lactancia materna exclusiva



Fuente: Base de Datos

Elaborada por: Juan Carlos Jácome

En el estudio realizado observamos que hay relación significativa entre el conocimiento sobre lactancia materna por parte de la madre (beneficios, técnica) y el desarrollo de lactancia materna exclusiva. El grupo de madres que no realizan LME, en su 81.7% aducen desconocimiento sobre beneficios de la lactancia materna, técnicas de amamantamiento y métodos de conservación de la leche en el hogar)

Análisis estadístico:

Valor crítico: 3.841 Grados de libertad: 1 Chi² calculado: 30.87 p: <0.05

Al realizar la técnica estadística observamos relación importante entre conocimiento de lactancia materna y la ejecución LME.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- 5.1.1. En nuestro estudio realizado se evidenció que los factores que influyen en las madres para un cese precoz en el desarrollo de lactancia materna son la ocupación materna (trabajo o estudios), ya que al tener un rol protagónico en el sustento económico del hogar adujeron falta de tiempo para realizar lactancia materna exclusiva, así como también madres que retoman estudios y dejan de lado la responsabilidad de amamantamiento; edad materna (madres adolescentes siguen teniendo un porcentaje significativo en la sociedad, que se evidencia no solo en el país sino también en la región); estabilidad conyugal, las madres con parejas estables denotan una mayor frecuencia en la realización LME, la presencia paterna en el núcleo familiar brinda un aspecto psicológico positivo en la madres; el desconocimiento sobre lactancia materna se denota en relación directa con el no desarrollo de LME.
- 5.1.2. Se determinó que el 52.9% de madres ejecutan una lactancia materna según lineamientos de la Organización Mundial de la Salud.
- 5.1.3. Las causas por las que las madres optaron por iniciar una lactancia artificial o mixta fueron: ocupación materna, (laboral, estudiantil), baja producción de leche, mastalgia y grietas en los pezones.
- 5.1.4. Actualmente en el centro de salud del Área 2, las madres ofertan lactancia materna exclusiva a sus bebés en un 52,4%, el resto opta por introducir alimentos a temprana edad teniendo mayor incidencia de abandono precoz en edades comprendidas entre 2 a 4 meses, 65% de dichas

madres manifiestan haber recibido información sobre beneficios y técnicas de lactancia, pero siendo deficiente el conocimiento métodos de conservación de la leche materna en el hogar y correcto uso.

5.2. RECOMENDACIONES

- 5.2.1. Socializar en el personal de salud, los conocimientos actuales sobre lactancia materna (tanto científicos, como índices sanitarios locales, regionales), y volver esta actividad una práctica constante en la atención primaria, para reproducirlos a la comunidad y en conjunto buscar reducir las tasas de abandono precoz de lactancia materna.
- 5.2.2. Capacitar a las madres sobre la relevante importancia de realizar lactancia materna exclusiva, sus ventajas en salud materna e infantil, técnicas de amamantamiento y un énfasis en formas de conservación y manejo correcto de leche materna en el hogar.
- 5.2.3. Continuar realizando investigaciones y desarrollar un estudio local en el que se observe las tendencias de lactancia y alimentación desde el nacimiento, con una duración inicial de seguimiento de 2 años, en el que se valoren crecimiento y aparición a corto plazo de enfermedades; afirmando una base de datos que permita en su posibilidad el estudio en tiempo y así valorar la incidencia o prevalencia de enfermedades en mediano y largo plazo.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. TÍTULO

Programa de intervención en la comunidad para información y fomento de lactancia materna exclusiva y disminuir el abandono precoz del amamantamiento.

6.2. DATOS INFORMATIVOS

6.2.1. INSTITUCIÓN EJECUTORA

Centro de Salud del Área 2 Tungurahua

6.2.2. BENEFICIARIOS

Médicos, enfermeras, auxiliares, internos, estudiantes de medicina, y madres de lactantes menores de 6 meses que acuden al Centro de Salud del Área 2 Tungurahua

6.2.3. UBICACIÓN

La propuesta se realizará en el Centro de Salud del Área 2 ubicada en el cantón Ambato, provincia de Tungurahua.

6.2.4. TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCION

La propuesta se ejecutará después de su aprobación, no se establece un tiempo de finalización ya que se aplicará de manera constante, en modificación permanente; para poder valorar el impacto que presente, su correcta y masiva difusión para lo que se realizarán constantes evaluaciones

6.2.5. EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE

Dra. Priscila Philco

Juan Carlos Jácome

6.3. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Como se evidenció en el estudio realizado, los factores que asociados influyen en el abandono precoz de la lactancia materna fueron la ocupación materna tanto en lo laboral (en su mayoría), como en lo estudiantil; inestabilidad conyugal, se observó que las madres que vivían en un núcleo familiar estable con sus parejas tuvieron mejores índices de lactancia; sumado a baja producción de leche, mastalgia y grietas en los pezones, fueron las razones dadas por las madres para optar por una lactancia mixta.

Le hemos dado protagonismo a los índices elevados de desconocimiento sobre lactancia materna, beneficios para la madre, técnicas de amamantamiento, métodos de conservación en el hogar y el uso correcto de leche almacenada, a pesar de que existen programas masivos a nivel nacional que son ejecutados pero al parecer no evaluados en su impacto en la sociedad.

Según Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. En la instauración y el mantenimiento de la lactancia influyen negativamente: la falta de información y apoyo prenatal y posnatal a la madre y su familia; las prácticas y rutinas inadecuadas en las maternidades, en atención primaria y en otros ámbitos de la atención sanitaria; la escasa formación de los profesionales y autoridades sobre lactancia materna; el escaso apoyo social y familiar a la madre que amamanta; la utilización inapropiada de la publicidad de sucedáneos de

leche materna en instituciones sanitarias y fuera de las mismas; la visión social de la alimentación con biberón como norma en medios de comunicación la escasez de medidas de apoyo a la madre lactante con trabajo remunerado en la legislación vigente y en los lugares de trabajo; algunos mitos sociales (miedo a perder la silueta o la deformación de los senos) y el temor a la pérdida de libertad de la mujer que amamanta (Hernández & Aguayo, 2005)

6.4. JUSTIFICACIÓN

Con la propuesta nos enfocamos en diseñar estrategias de capacitación y actualización sobre lactancia materna en primer lugar al personal de salud con el cual el paciente tiene el primer contacto, para fomentar el inicio, continuación y desarrollo de una lactancia óptima, beneficiando a madres y niños que gozaran de una lactancia que permita desarrollar las ventajas que esta conlleva,

6.5. OBJETIVOS

6.5.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar un programa de intervención en la comunidad para información, inicio y desarrollo óptimo de lactancia materna exclusiva.

6.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Realizar cursos de actualización y capacitación al personal de salud sobre lactancia materna y fomentar su vinculación hacia La Liga de la Leche Internacional.
2. Impulsar el inicio y desarrollo óptimo de una lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de los niños, mediante la educación de la población y el apoyo informativo constante por parte del personal de salud.

3. Sugerir el desarrollo de un estudio basado en lactancia materna y crecimiento, a mediano plazo

6.6. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

El programa propuesto es factible pues contamos con el respaldo del personal sanitario del Centro Salud 2, además disponemos de los recursos humanos y materiales para su ejecución, más aún con la predisposición y compromiso de participación del investigador.

La responsabilidad compartida con la Universidad para que mediante sus programas docentes existentes tales como medicina comunitaria y educación prerural, fortalezcan el desarrollo del programa y su constante participación en la comunidad, así como también darle continuidad al proceso investigativo.

6.7. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TEÓRICA

La lactancia materna tiene muchas ventajas tanto para el niño/a como para la madre, da su aporte inmunológico para evitar infecciones. Los bebés que son alimentados con leche materna tienen menos incidencia de patologías. Posee todos los nutrientes sólidos y líquidos necesarios para el crecimiento del niño(a)

El tiempo óptimo de duración de la lactancia materna es de 6 meses con seno materno exclusivo; a partir de esa edad el niño/a ya puede ir tomando otros alimentos gradualmente y bajo supervisión del personal de salud, hasta los 2 años de edad. (OMS, 2010)

Importante indicar que la lactancia materna contribuye con el medio ambiente ya que no genera residuos sólidos, puesto que su elaboración es natural, en el

punto de vista económico no genera gastos extra y su aporte es por demás superior en comparación con leches artificiales existentes en el mercado.

La información debe ser clara y dirigida hacia la mujer que trabaja fuera del hogar, para que pueda mantener la lactancia de forma prolongada, como también madres sin experiencia, enfocarnos en solventar sus dudas y promoviendo esta actividad hasta consolidar una lactancia óptima, de gran relevancia es el apoyo que brinde la pareja y el entorno familiar.

DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL

COMITÉ DE LACTANCIA DE LA AEP

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado
7. Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo durante las 24 horas del día
8. Fomentar la lactancia materna a demanda

9. No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales
 10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.
- (Hernández & Aguayo, 2005)

LAS DIEZ CLAVES DE LA LACTANCIA MATERNA

1. **Amamanta pronto, cuanto antes, mejor.** La mayoría de los bebés están dispuestos a mamar durante la primera hora después del parto, cuando el instinto de succión es muy intenso. Amamantar precozmente facilita la correcta colocación al pecho.
2. **Ofrece el pecho a menudo día y noche.** Hazte a la idea de que pasarás mucho tiempo amamantando a tu bebé durante estas primeras semanas. Un recién nacido normalmente mama entre 8 y 12 veces en 24 horas. No mires el reloj y dale el pecho cada vez que busque o llore, sin esperar a que "le toque". Así establecerás un buen suministro de leche.
3. **Asegúrate de que el bebé succiona eficazmente y en la postura correcta.**
4. **Permite que el bebé mame del primer pecho todo lo que desee, hasta que lo suelte.** Después ofrécele el otro. Unas veces lo querrá, otras no. Así el bebé tomará la leche que se produce al final de la toma, rica en grasa y calorías, y se sentirá satisfecho.
5. **Cuanto más mama el bebé, más leche produce la madre.** Es importante respetar el equilibrio natural y dejar que el bebé marque las pautas, mamando a demanda. No es necesario sentir el pecho lleno; la

leche se produce principalmente durante la toma gracias a la succión del bebé.

6. **Evita los biberones "de ayuda" y de suero glucosado.** La leche artificial y el suero llenan al bebé y minan su interés por mamar, entonces el bebé succiona menos y la madre produce menos leche.
 7. **Evita el chupete**, al menos durante las primeras semanas, hasta que la lactancia esté bien establecida. Un recién nacido ha de aprender bien cómo mamar del pecho, y tetinas artificiales como el biberón o el chupete pueden dificultar este aprendizaje.
 8. **Recuerda que un bebé también mama por razones diferentes al hambre**, como por necesidad de succión o de consuelo. Ofrecerle el pecho es la forma más rápida de calmar a tu bebé.
 9. **Cuídate.** Necesitas encontrar momentos de descanso y centrar tu atención más en el bebé que en otras tareas. Solicita ayuda de los tuyos.
 10. **Busca apoyo.** Tu centro de salud o grupo de liga de leche tiene la información y el apoyo que toda madre lactante necesita.
- (LaLigadelaLeche, 2005)

6.8. MODELO OPERATIVO

FASES	ACTIVIDADES	METAS	RESPONSABLES
Planificación	<p>Promover la actualización científica mediante la socialización de programas internacionales enfocados en lactancia materna.</p> <p>Definir contenidos de promoción de lactancia materna</p> <p>Elaborar material didáctico sobre técnicas de amamantamiento, conservación y uso de leche materna en el hogar.</p> <p>Diseñar puntos clave</p>	<p>Capacitar al personal de salud que labora en el Centro Salud</p> <p>Diseñar un programa de capacitación periódico de promoción comunitario sobre LM</p>	Equipo de investigación
Ejecución	<p>Ejecución de la capacitación y sociabilización de material didáctico</p> <p>Fomentar el inicio inmediato de lactancia materna en madres que dan a luz en el centro de salud</p>	<p>Capacitar a las madres y/o cuidadoras de los bebés</p> <p>Desarrollo óptimo de lactancia materna exclusiva</p>	Equipo de investigación
Evaluación	<p>Taller de evaluación hacia madres y personal de salud</p> <p>Valoración en consulta externa mensual con curvas de crecimiento</p>	<p>Valorar el porcentaje de madres que aprendieron la importancia de lactancia materna</p> <p>Discriminar el efecto en el crecimiento de niños amantados exclusivamente con leche materna</p>	Equipo de investigación y personal de salud

6.9. ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA



Gráfico 10. Administración de la propuesta

Elaborado por: Juan Carlos Jácome

6.10. PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

El monitoreo de la propuesta se lo realizará de acuerdo al esquema antes mencionado, una vez que se haya capacitado a las madres y personal de salud, se los evaluará para así fomentar la lactancia materna exclusiva y promocionar sus efectos beneficiosos. Además se realizará una evolución periódica con madres que decidan participar y así valorar crecimiento y aparición de enfermedades, que serán útiles en el diseño de investigación científica que continúe el trabajo realizado.

BIBLIOGRAFÍA:

- Ageitos, M., Pugin, E., & Valdés, V. (2013). Lactancia. En Meneghello, *Pediatría* (págs. 192-200). Buenos Aires: Panamericana.
- Arango, A. (2007). Lactancia materna. En J. Correa, J. Gómez, & R. Posada, *Fundamentos de Pediatría* (págs. 164-175). Medellín: Fondo Editorial CIB.
- Hernández, T., & Lazarte, J. (2011). Lactancia Materna. En Cruz, *Tratado De Pediatría* (págs. 1037-1042). España: Panamericana.
- Rudolph, A., Kamei, R., & Overby, K. (2004). *Pediatría*. Madrid: Marbán.
- Shelov, S., & Kaskel, F. (2003). Principios de Nutrición Pediátrica. En T. Lissauer, & G. Clayden, *Texto Ilustrado de Pediatría* (págs. 157-159). Madrid: Elsevier.
- Stettler, N., Bhatia, J., Anjali, P., & Stallings, V. (2013). La alimentación de los lactantes. En Nelson, *Tratado de Pediatría* (págs. 171-175). Barcelona: Elsevier.
- Stewart, C. (2011). Principios de Nutrición Pediátrica. En A. A. Pediatrics, *Pediatría* (págs. 87-91). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

LINKOGRAFÍA:

- BANCO MUNDIAL. (2012). *El efecto del poder económico de las mujeres en América Latina y el Caribe*. Recuperado el julio de 2012, disponible en:
<http://www.bancomundial.org/content/dam/Worldbank/document/PLBSummer12latest.pdf>
- Basain, J., & Pacheco, L. (2015). *Duración de lactancia materna exclusiva, estado nutricional y dislipidemia en pacientes pediátricos*. Recuperado el Diciembre de 2015, disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v87n2/ped03215.pdf>

- Becerra, F., & Rocha, L. (2015). *El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna*. Recuperado el Diciembre de 2015, disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n2/v63n2a06.pdf>
- CEPAR. (Octubre de 2005). *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil*. Recuperado el Febrero de 2012, disponible en:
http://www.cepar.org.ec/endemain_04/ENDE1.htm
- Chavez, A., Sanchez, R., Ortiz, H., & Ortega, B. (Diciembre de 2009). *Causas de abandono de la Lactancia Materna*. Recuperado el Marzo de 2013, de Ejournal, disponible en:
<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no45-2/RFM45202.pdf>
- Delgado, A., Arroyo, L., Diaz, M., & Quezada, C. (Febrero de 2006). *Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención*. Recuperado el Marzo de 2012, de Scielo, disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v63n1/v63n1a5.pdf>
- Gonzales, I. A., & Huespe, M. S. (Enero de 2008). *Lactancia Materna Exclusiva Factores De Exito y/o Fracaso*. Recuperado el 8 de Febrero de 2012, disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista177/1_177.pdf
- Gorrita, R., & Terrazas, A. (2015). *Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida*. Recuperado el Diciembre de 2015, disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v87n3/ped04315.pdf>
- Hernández, M. T., & Aguayo, J. (2005). *Cómo Promover y Apoyar La Lactancia Materna En La Practica Pediátrica*. Recuperado el Diciembre de 2012, de Asociación Española De Pediatría, disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-como-promover-y-apoyar-lactancia-materna-en-pr>
- Ibáñez, M., & Sorlí, J. (2015). *Efecto de la lactancia materna en la calidad de vida y en el desarrollo de la dermatitis atópica*. Recuperado el Noviembre de 2015, disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v17n66/03_original2.pdf
- Jara, M., & Cornejo, G. (2015). *Prevalencia y factores determinantes de la lactancia materna exclusiva entre las madres adolescentes de*

Quito, Ecuador. Recuperado el Diciembre de 2015, disponible en:
<http://link.springer.com/article/10.1186/s13006-015-0058-1>

León, N. (Junio de 2002). *Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia*. Recuperado el Diciembre de 2013, disponible en:
https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_cuantificacion_de_beneficios_de_la_LM.pdf

ODM ECUADOR. (2007). *II Informe Nacional de los Objetivos de desarrollo del Milenio*. Recuperado el Marzo de 2012, disponible en: http://www.pnud.org.ec/odm/II_INFORME_NACIONAL.pdf

OMS. (ABRIL de 2006). *Patrones de crecimiento infantil*. Recuperado el 12 de Enero de 2012, disponible en:
http://www.who.int/childgrowth/1_que.pdf

OMS. (2010). *Lactancia materna*. Recuperado el 20 de Junio de 2011, disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

OMS, UNICEF. (2009). *Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia*. Recuperado el Junio de 2012, disponible en: <http://www.ihan.es>

Quispe, M., & Oyola, A. (2015). *Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva*, Recuperado el Noviembre de 2015, disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n4/spu02415.pdf>

Rius, J. M. (2011). *Factores Asociados al inicio y al Abandono Precóz de la Lactancia Materna*. Recuperado el Febrero de 2012, de Tesis Doctorales en red, disponible en:
<http://hdl.handle.net/10803/79015>

Roig, A. O. (2012). *El Abandono Prematuro de la Lactancia Materna: Incidencia, Factores de Riesgo y Estrategias de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia*. Recuperado el Marzo de 2012, de Tesis Doctorales, disponible en:
http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23524/1/Tesis_Oliver.pdf

Sosa, M., Higueta, G., Buritica, D., Maldonado, J., Vélez, J., & Parra, A. (2009). *Evaluación y Monitoreo de la Lactancia Materna en Menores de un año del Municipio de Envigado*. Recuperado el 25 de Junio de 2013, disponible en:
<http://www.envigado.gov.co/Secretarias/SecretariadeSalud/docume>

ntos/Seguridad%20Alimentaria/Investigacion%20sobre%20lactancia%20materna%20ano%202009.pdf

Unicef. (2009). *Estado Mundial de la Infancia*. Recuperado el Diciembre de 2011, disponible en:
<http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-ESP.pdf>

Valdés, A., & Pérez, V. (2005). *Fisiología de la Glándula Mamaria y Lactancia*. Recuperado el Agosto de 2012, de Unicef, disponible en:
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod02/FISIOLOGIA%20DE%20LA%20GLANDULA%20MAMARIA%20Y%20LACTANCIA.pdf>

Veneman, A. (2009). *Retomando el Tema de la Lactancia Materna en la Región de América Latina y el Caribe- un compromiso de Unicef*. Recuperado el 24 de 05 de 2012, disponible en:
http://www.unicef.org/lac/lactancia_materna_tacro.pdf

CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASES DE DATOS UTA:

SCOPUS

Eidelman, A., & Schanler, R. (2012). *Breastfeeding and the Use of Human Milk*. Recuperado el Diciembre de 2015, de PEDIATRICS, disponible en:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/3/e827.full.pdf>

SCOPUS

Giusti, A. (2015). La lactancia materna: la salud, la prevención, y el medio ambiente. Recuperado el Enero de 2016, disponible en:
<http://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84953274654&origin=resultslist&sort=plf-f&cite=2-s2.0-84857988717&src=s&nlo=&nlr=&nls=&imp=t&sid=A1C1A7AD5577E64E70CF4223D251B6F9.Vdktg6RVtMfaQJ4pNTCQ%3a550&sot=cite&sdt=cl&cluster=scopusbyr%2c%222016%22%>

SCOPUS

Much, D., Beyerlein, A., & Hummel, S. (2014). *Beneficial effects of breastfeeding in women with gestational diabetes mellitus*. Recuperado el Diciembre de 2015, disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212877814000076>

SCOPUS

Odom, E., Li, R., & Perrine, C. (2013). *Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding*. Recuperado el Diciembre de 2015, de PEDIATRICS, disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e726>

SCOPUS

Perrine, C., Scanlon, K., & Laurence, M. (2012). *Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention*. Recuperado el Noviembre de 2015, de PEDIATRICS, disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/130/1/54>

SCOPUS

Schanler, R. (2015). *Human milk is the feeding strategy to prevent necrotizing enterocolitis*. Recuperado el Diciembre de 2015, disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058215000027>

ANEXOS.-



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA AREA DE SALUD 2

DATOS PERSONALES MADRE

1.- Edad ¿Cuántos años tiene?

2.- Estado Civil:

soltera casada separada U. libre

3.- Nivel de estudios:

Sin estudios

No terminó la escuela

Terminó la escuela

No terminó el colegio

Terminó el colegio

Universitarios no finalizados

Universitarios finalizados

4.- SITUACIÓN LABORAL MATERNA

Ama de casa Empleada Estudiante

5.- Qué opción piensa Ud. que es mejor para su bebe:

Leche materna Leche artificial (tarro) Otro líquido (coladas)

6.- ¿Qué tipo de lactancia le está proporcionando a su hijo/a
actualmente?

Lactancia materna exclusiva (Solo seno y nada más)

Lactancia materna mixta (seno materno + coladas o leche de tarro)

Lactancia Artificial (Solo leche de tarro)

7.- Si no es lactancia materna exclusiva ¿Cuáles son las razones para no hacerlo?

Falta de tiempo (actividad laboral)

Falta de producción de leche

Dolor en los senos.

Grietas en el pezón

Uso de medicamentos

8.- ¿Quién ha influenciado en Ud. para su decisión del tipo de lactancia ofertada a su bebe?

Decisión propia	amiga(o)
mi madre	medico
mi abuela	obstetra
mi pareja	otros

9.- ¿Le ha ofrecido a su niño/a algún tipo de alimento complementario a la leche materna?

SI

NO

En caso de respuesta "SI" indique la edad en la que le dió a su niño un alimento que no sea leche materna _____

10.- En relación a la respuesta anterior, ¿qué tipo de alimento ha ofrecido a su bebe?

Agua azucarada

Agua aromática (infusión)

Coladas (avena, machica, pinol)

Leche artificial (fórmula)

Papillas

11.- ¿Ha recibido información sobre maneras de darle el pecho correctamente a su bebe, por parte del personal del centro de salud?

SI

NO

12.- ¿Quién le ha proporcionado información sobre temas relacionados a LACTANCIA MATERNA?

medico

autodidacta

enfermera

familiar

obstetra

madre

13.- ¿Sabe Ud. cómo conservar la leche materna en su hogar?

SI

NO