

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTROS DE POSTGRADOS

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (II COHORTE)

Tema: “CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EN MUJERES DE LA PARROQUIA PICAIHUA”

Trabajo de investigación previo a la obtención del grado académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Md. Cristina Anahí Mantilla Pazmiño

Tutora: Mg. María de Lourdes Llerena Cepeda

Ambato-Ecuador

Abril, 2021

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El Tribunal receptor de la Defensa del Trabajo de Titulación presidido por Dr. Jesús Onorato Chicaiza Tayupanta, Dr. Esp. e integrado por las señoras: Dra. Freire Montesdeoca Jessica Mariana Dra. Esp. y Dra. Torres Paredes Verónica Imelda, Md. Esp., designados por la Unidad Académica de Titulación de la Universidad Técnica de Ambato, para aceptar el Trabajo de Titulación con el tema: “Causas de abandono precoz de la lactancia materna en las mujeres de la parroquia de Picaihua”, elaborado y presentado por la señorita Md. Cristina Anahí Mantilla Pazmiño para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.



Dr. Jesús Onorato Chicaiza Tayupanta, Esp.
Presidente y Miembro del Tribunal de Defensa



Dra. Jessica Mariana Freire Montesdeoca, Esp.
Miembro del Tribunal de Defensa



Dra. Verónica Imelda Torres Paredes, Esp.
Miembro del Tribunal de Defensa

AUTORIA DEL TRABAJO DE TITULACION

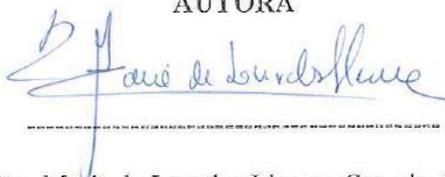
La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentado con el tema: "Causas de abandono precoz de la lactancia materna en las mujeres de la parroquia Picaihua", le corresponde exclusivamente a:

Md. Cristina Anahí Mantilla Pazmiño, autora, bajo la dirección de la Dra. María de Lourdes Llerena Cepeda, Mg, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.



Md. Cristina Anahí Mantilla Pazmiño

AUTORA



Dra. María de Lourdes Llerena Cepeda, Mg

DIRECTORA

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi Trabajo de Titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato.



Md. Cristina Anahí Mantilla Pazmiño
c.c. 1713429619

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato, por convertirse en mi segunda Alma Mater, por permitirme cumplir una meta más en mi vida profesional y darme la oportunidad de ser parte de sus distinguidos profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria.

A la PhD Alicia Zavala, gran investigadora y docente que me acompañó durante 3 años de postgrado, pero sobretodo mi mayor ejemplo como médico y ser humano.

A la Dra. María de Lourdes Llerena, tutora de tesis, por compartir sus conocimientos y guiarme con la realización y culminación de tesis. Gracias por la paciencia y dedicación prestada.

A mis docentes y tutores de campo, por su tiempo, entereza y entrega en cada semestre. Gracias por mostrarnos el lado humano, cálido y diverso de la Medicina Familiar.

A mis compañeros y colegas, por las arduas horas de trabajo, por ser el apoyo incondicional de cada uno de nosotros. Por su colaboración en la formación humana, académica e integral de nuestra cohorte.

DEDICATORIA

A Dios, por ser eterna guía en mi largo caminar. Por darme sosiego y fortaleza en los momentos de mayor sufrimiento; por sostenerme cuando no quedaban fuerzas para luchar. Por creer en mí, hasta cuando mi fe dubitaba. A la Virgen, por cubrir con su manto a los míos y darnos salud.

A mi abuela Marina, por revelarme lo que siempre quise ser. Por recibirme con amor cada sábado en su casa y demostrarme que no hay mejor regalo que el servir a los demás.

A mi madre, Ivonne, que a pesar de nuestras diferencias en la tierra, me enseñó que el amor va más allá de lo tangible y es el único sentimiento de entrega incondicional. Por forjarme en hierro y hacerme una mujer fuerte y valiente con cada tropiezo. Este postgrado es para ti, mi bruja eterna. Gracias, por todo lo que me demostraste a pesar de estar en mundos distintos....Te amo.

A mi tía, Marina, que me acompañó desde mi niñez hasta cuando decidí dejar la casa de mis padres. Gracias por todo lo que hiciste antes, pero aún más agradecida por recoger mis pedazos y unirlos, por amar a tus nietos, por tu amor y dedicación, por volver a ser parte de mi nueva familia y por ser lo único que queda de mis raíces.

A mis hijos, por su espera diaria tras la puerta, por recibirme pacientemente cada tarde. Carlos, eres el único hombre que amo con locura porque eres un ser humano noble y maravilloso. Estoy orgullosa de ti, mi hipocampo de aletas doradas.

A mi hija, Danae. A pesar de tu corta edad, comprendiste lo que significa “mi mamá es doctora” y empero de haberme perdido cosas maravillosas de ti que nunca más volverán, quiero que sepas que esto lo hice por ti, mi colibrí. Te amo mi pequeña y quiero que seas una

mujer en toda la extensión de la palabra en un futuro, pero sobretodo un maravilloso ser humano.

A mis amigos que me mostraron su máxima lealtad cuando estuve en el suelo. Gracias por todo. Ustedes son esa familia que me dio la vida y Dios sin lazos de sangre.

INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DERECHOS DE AUTOR	3
AGRADECIMIENTO	4
DEDICATORIA	5
INDICE GENERAL DE CONTENIDOS	
RESUMEN EJECUTIVO	10
ABSTRACT	12
INTRODUCCION	13
CAPITULO 1	14
EL PROBLEMA	14
1.1 Tema de investigación.....	14
1.2 Planteamiento del problema.....	14
1.2.1 Contextualización del problema	14
1.2.2 Análisis crítico	15
1.2.3 Prognosis.....	15
1.2.4 Formulación del problema	16
1.2.5 Interrogantes	16
1.2.6 Delimitación del problema de investigación.....	16
1.3 Justificación.....	17
1.4 Objetivos	18
1.4.1 General.....	18
1.4.2 Específicos	18
CAPITULO 2	18
MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 Antecedentes Investigativos	19
2.2 Fundamentación filosófica	20
2.3 Fundamentación legal	22
2.4 La lactancia materna y sus conceptos.....	27
Prehistoria	27
En la antigüedad.....	27
A nivel mundial.....	29

Situación en la región de Latinoamérica.....	30
Situación en Ecuador.....	31
2.5 Anatomía de la glándula mamaria.....	32
FIGURA 1. ANATOMIA DE LA GLANDULA MAMARIA	32
2.6 Tipos de lactancia.....	33
2.7 Tipos de leche materna.....	33
FIGURA 2. DIFERENCIAS ENTRE LA COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA MADURA Y CALOSTRO.....	34
2.8 Beneficios de la lactancia materna	35
2.9 Factores que intervienen en la lactancia	36
CAPITULO 3.....	37
METODOLOGIA	37
3.1 Enfoque	37
3.2 Modalidad básica de la investigación.....	37
3.3. Nivel de investigación	37
3.4. Población y muestra	37
3.5 Criterio Ético	38
3.6 Recolección de la información	39
3.7 Procesamiento de la información y análisis estadístico.....	39
CAPITULO 4.....	40
ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	40
4.1. Resultados	40
4.1.1 Datos sociodemográficos.....	40
TABLA 1. ESTADO CIVIL.....	40
TABLA 2. RANGO DE EDAD	40
TABLA 3. INSTRUCCION	41
TABLA 4. TRABAJO	41
TABLA 5. MADRES	41
TABLA 6. PARIDAD	42
TABLA 7. PLANIFICACION DEL EMBARAZO	42
4.2. Análisis cualitativo de resultados	42
TABLA 8. CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EN LAS MUJERES DE LA PARROQUIA DE PICAIHUA ...	43

1. Confusión de términos.....	43
2. Falta de consejería en controles prenatales.....	46
3. Falta de consejería en el postparto.....	47
4. Incumplimiento de la lactancia materna.....	48
5. Mitos y creencias de la sociedad.....	48
6. Autopercepción materna de hipogalactia.....	50
7. Desconocimiento de los cambios y/o tipos de leche materna.....	52
8. Aparente falta de saciedad del niño	52
9. Idealización del recién nacido.....	53
10. Falta de apego precoz	54
11. Falta de acompañamiento adecuado por parte del personal de salud en las primeras 48 horas de vida del RN.....	55
12. Presión familiar.....	56
13. Presión por parte del mismo personal de salud para el uso de sucedáneos	58
14. Uso de sucedáneos de la lactancia materna por decisión materna	59
15. Trabajo o estudio de la madre.....	60
16. Madre jefa de hogar, soltera sin apoyo (cambio de roles)	62
17. Tipo de embarazo	63
18. Periodo intergenésico	64
19. Falla y/o abandono de métodos anticonceptivos	67
20. Problemas de salud.....	68
21. Problemas de salud de la madre.....	71
22. Eliminación de la leche materna (no conformación de bancos caseros de leche materna)	74
4.3 HALLAZGO IMPORTANTE	75
4.4 DISCUSION.....	75
CAPITULO 5.....	85
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	85
5.1 Conclusiones	85
5.2 Recomendaciones.....	86
CAPITULO 6.....	87
PROPUESTA.....	87
6.1 Tema.....	87

6.2 Antecedente de la propuesta.....	88
6.3 Justificación.....	88
6.4 Factibilidad.....	89
6.5 Objetivos	89
6.5.1 objetivo General	89
6.5.2 Objetivos Específicos	89
6.6 Asesoría sobre lactancia materna a la progenitora	90
6.7 Educación a la familia extendida y comunidad.....	90
6.8 Plan Operativo.....	91
Tabla 9. PLAN OPERATIVO DE PROPUESTA	91
6.9 Actividades propuestas.....	91
TABLA 10. TABLA DE ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA PREVENCIÓN DE ABANDONO DE LA LACTANCIA EN LA PARROQUIA DE PICAIHUA.....	91
6.10 Administración de la propuesta.....	92
GRAFICO 3: ADMINISTRACION DE LA PROPUESTA	92
6.11 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta.....	93
TABLA 11. ESTRATEGIAS DE MONITORIZACION PARA LA IMPLEMENTACION DE LA PROPUESTA	93
BIBLIOGRAFIA	94
ANEXOS	102
Anexo 1. Cronograma modificado de trabajo por objetivos	102
Anexo 2. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación	103
Anexo 3. Entrevista.....	104

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema: CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA EN MUJERES
DE LA COMUNIDAD DE PICAIHUA

AUTORA: Dra. Cristina Anahí Mantilla Pazmiño

DIRECTORA: Mg. María de Lourdes Llerena Cepeda

FECHA: Abril 2021

RESUMEN EJECUTIVO

La lactancia materna es la primera forma de alimentación en todos los mamíferos, incluidos los seres humanos. Esta práctica se ha ido transformando conforme el transcurso de los años y circunstancias históricas que han marcado a la humanidad, pero sobre todo al género femenino ya que son las gestoras directas de esta práctica. Sin embargo, la lactancia materna va disminuyendo sus índices y, por ende, la desnutrición en los niños menores de 2 años se va incrementando en nuestro país. El abandono de la lactancia materna se da por diferentes factores y causas que no solo se originan en la madre, sino también en su entorno familiar, su comunidad y de la sociedad en general. Las razones van desde lo biológico, económico y social. Al proceder la preparación de médicos familiares e integrales, es necesario conocer la cultura de la población y como su cosmovisión puede transformarse en un factor protector o perjudicial para la práctica más importante y natural desde el inicio de la vida de un ser humano: el amamantamiento.

Por eso, se ejecutará un estudio descriptivo, observacional, fenomenológico donde a través de una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas, se analizará a fondo las causas de abandono de la lactancia materna en las mujeres de Picaihua. Esta herramienta se aplicará a mujeres en estado de gestación, así como en periodo de lactancia que cumplan los criterios de inclusión.

Se encontraron un sinnúmero de factores que intervienen en el cese de la lactancia materna: embarazos no deseados, mala interpretación de términos, falta de asesoría por parte del personal de salud de forma prenatal, natal, y durante los dos primeros meses, embarazos no

planificados, embarazos adolescentes, mitos y creencias por parte de la familia, presiones de la sociedad, periodos intergenésicos no adecuados, percepción de hipogalactia entre otros.

Palabras clave: lactancia, abandono, causas

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Topic: CAUSES OF EARLY ABANDONMENT OF BREASTFEEDING IN WOMEN OF
THE PICAIHUA COMMUNITY

AUTORA: Dra. Cristina Anahí Mantilla Pazmiño

DIRECTORA: Mg. María de Lourdes Llerena Cepeda

FECHA: April 2021

ABSTRACT

Breastfeeding is the first way of mammals' feeding, including humans. This practice has been transformed according to the past of the years and also with the historical circumstances that have marked humanity, but especially the female gender because they are the principal managers of this practice. However, breastfeeding is decreasing in its rates and, therefore, children's malnutrition under 2 years is increasing in our country. The breastfeeding's abandonment occurs for different factors and causes that do not only originate in the mother, but also in her family environment, her community and the society too. The reasons are biological, economic and social. When it is preparing family and comprehensive doctors, it is necessary to know the culture of the population and how their worldview can become a protective or harmful factor for the most important and natural practice since the beginning of a human being's life: breastfeeding. For this reason, an observational phenomenological study will be carried out, through a semi-structured interview with open-ended questions, where we will be analyzed the the possible causes of breastfeeding's abandonment in the women of Picaihua. This tool will be applied to women that are pregnant and also for the ones who are in the breastfeeding time, both have to achieve the inclusion criteria. We were found several factors to interfere in the breastfeeding' cessation: unwanted pregnancies, misinterpretation terms, lack of advice from health staff in a prenatal pregnancy, natal and during the first two months pregnancy, unplanned pregnancies, teenager pregnancies, myths and beliefs about the family, society pressures, inadequate intergenetic periods, hypogalactia perception, among others.

Key words: breastfeeding, abandonment, causes.

INTRODUCCION

El amamantamiento es la forma de alimentación natural que se presentó conjuntamente con el inicio de la humanidad. A través de los años, la misma se afianzó por generaciones, convirtiendo a la leche materna en el alimento fundamental de los niños menores de 5 años, no solo por sus beneficios biológicos –tanto para el niño como para la madre- sino también por el apego y bienestar psicológicos del binomio. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, se ha ido dejando de lado una práctica milenaria para darle paso al uso indiscriminado de fórmulas artificiales y sucedáneos de la leche materna, así como el creciente enriquecimiento de esta industria. Datos históricos señalan que la lactancia materna disminuyó de manera considerable a partir de la Segunda Guerra Mundial, alejando la proximidad de cumplir con los niveles deseados para la misma, con el transcurso del tiempo. ^(1,2,3,5,20,26)

CAPITULO 1

EL PROBLEMA

1.1 Tema de investigación

“Causas de abandono precoz de la lactancia materna en mujeres de Picaihua”

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización del problema

Según la OMS, la lactancia materna es la primera alimentación de los recién nacidos de nuestra especie, exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años. La lactancia materna es una habilidad exclusiva de las mujeres, sin embargo, es responsabilidad de todos que se perpetúe como tal y se mantenga por el bienestar del binomio y la familia. El amamantamiento trae consigo beneficios tanto para la madre como para el niño. Sin embargo, no se toma en cuenta que ese binomio forma parte de una colectividad, por la cual no están exentos de lo que sucede a su alrededor.

El abandono precoz de la lactancia materna puede deberse a un sinnúmero de causas. Algunas propias de la madre, propias del niño o de su entorno. También puede presentarse por la presión recibida del entorno, dado a los múltiples roles que las mujeres deben cumplir: mujer, esposa, madre, trabajadora. El nacimiento de un hijo siempre representará una crisis normativa que traerá consigo dificultades para la madre por lo que se convierte en un individuo fácilmente influenciado por terceros. Así es que la práctica de la lactancia materna va decreciendo con el paso del tiempo y la globalización, normatizando y prevaleciendo el

uso de sucedáneos de la leche sobre una práctica milenaria y propia de la especie humana y del resto de mamíferos.

1.2.2 Análisis crítico

La lactancia materna constituye la única forma de alimentación natural en el recién nacido hasta los 6 meses y es primordial durante los 2 primeros años de vida. Desde el inicio de nuestra especie, el amamantamiento ha sido una práctica transmitida de generación en generación y su producción es exclusiva del género femenino. El amamantamiento es un fenómeno natural que trae consigo múltiples beneficios a corto y largo plazo para la madre, el niño y la sociedad.

Con el transcurso de los tiempos, esta habilidad se ha ido dejando de lado por múltiples razones de toda índole: culturales, sociales, psicológicas y biológicas, que difieren en cada grupo de mujeres o comunidad al igual que por su situación geográfica. Es primordial conocer las causas del abandono de la lactancia materna en la comunidad de Picaihua ya que uno de los objetivos del Plan de Desarrollo del Buen Vivir es disminuir la desnutrición en niños menores de 2 años a nivel de nuestra nación. También, se puede prevenir la anemia en estos niños y a largo plazo, la desnutrición crónica que trae consigo falencias en el desarrollo y la productividad del individuo en la sociedad.

1.2.3 Prognosis

Si esta investigación no se realizara, no se podría identificar las causas del abandono precoz de la lactancia materna en la parroquia de Picaihua. El cese del amamantamiento continuaría por ende, la desnutrición crónica en niños menores de 2 años al igual que el uso de los sucedáneos de la leche se incrementarían en la parroquia al igual que en la provincia y a nivel nacional. Además, al no identificarse las causas del abandono de la lactancia materna, los profesionales del CS Picaihua no podrían intervenir ni tomar acciones que prevengan el uso de los sucedáneos de la leche y la práctica del amamantamiento quedaría en un futuro

obsoleta, trayendo consigo perjuicio al niño/a, a la madre, a la familia y finalmente a la sociedad. Si no se realizara este estudio, los profesionales sanitarios no actualizarían y fortalecerían sus conocimientos y no podrían brindar una asesoría adecuada en los momentos pertinentes de la lactancia materna.

1.2.4 Formulación del problema

Problema científico

¿Cuáles son las causas de abandono precoz de la lactancia materna en las mujeres de la parroquia de Picaihua?

1.2.5 Interrogantes

¿Cuáles son los elementos propios de la madre que participan en el abandono precoz de la lactancia materna en las mujeres de Picaihua?

¿Cuáles son los factores del entorno que intervienen en el cese de la lactancia materna en las mujeres de la parroquia de Picaihua?

¿Qué factores externos permiten el abandono temprano del amamantamiento en las mujeres de la parroquia de Picaihua?

1.2.6 Delimitación del problema de investigación

Campo: Pediatría

Área: Promoción y prevención de la salud

Aspecto: Causas de abandono precoz de la lactancia materna

Delimitación geográfica: La investigación se realizó en la comunidad de Picaihua

Línea de investigación: Conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición en el personal de salud, pacientes y sociedad.

Delimitación individual: Mujeres en gestación y en periodo de lactancia

1.3 Justificación

Por eso la importancia de este estudio, ya que existen múltiples factores como causas de abandono precoz de la lactancia materna, las cuales varían de acuerdo a la idiosincrasia y cultura de cada país. Estos elementos traen consecuencias a corto y largo plazo siendo palpables tanto en la madre como el niño. El sobrepeso, cáncer de mama y ovario, depresión postparto son algunas patologías que pueden evitarse con la lactancia materna. En el niño, se observa un sistema inmune pobre que lo hace propenso a infecciones sobretodo respiratorias altas y gastrointestinales que pueden poner en peligro la vida del infante. Además, puede presentar un sinnúmero de enfermedades autoinmunes. Su desarrollo, ponderal (talla, peso, índice de masa corporal, perímetro cefálico) así como intelectual, también se ven comprometidos. La mortalidad en el primer año se ve en aumento cuando el niño no recibió leche materna, así, la muerte súbita es una de las principales causas de fallecimiento en niños menores de 1 año. Una de las principales secuelas del cese temprano de la lactancia materno y el uso de sucedáneos de la leche de forma temprana es la desnutrición crónica en menores de 2 años que se ha ido incrementando en el transcurso del tiempo. Este suceso se ha vuelto un punto primordial a resolver en el Plan del Buen Vivir 2013-2021. Además, también se convierte en un problema de tipo financiero ya que los sucedáneos de la leche son costosos y perjudican a la economía familiar. ^(5,7,11,18)

Un país en vías de desarrollo como el Ecuador, lograría enormes avances en cuestión de salud sin necesidad de grandes inversiones, sino más bien fortaleciendo y afianzando un

proyecto de promoción ya presente a mediano y largo plazo, donde el personal de salud (médicos y enfermeras/os) realicen un adecuado acompañamiento a las madres embarazadas antes, durante y aún más, después del parto, con el objetivo de mejorar la nutrición de los niños menores de 2 años con la práctica de la lactancia materna. Además, se reconocerá el origen de donde provienen estos factores desfavorecedores de la continuidad del amamantamiento. ^(14,17,19)

1.4 Objetivos

1.4.1 General

- Identificar las causas de abandono precoz de la lactancia materna en mujeres del sector de Picaihua

1.4.2 Específicos

- Reconocer los factores psicosociales, mitos y creencias que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna en el sector de Picaihua.
- Recabar datos cualitativos a través de entrevistas sobre las causas de abandono precoz de la lactancia materna en las mujeres de Picaihua.
- Diseñar una propuesta para el fortalecimiento de la lactancia materna en la comunidad de Picaihua

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos

A nivel mundial, la lactancia materna ha ido decreciendo su uso notablemente en los últimos años, a pesar de los esfuerzos gubernamentales a través de programas desarrollados para la promoción de la misma. Situaciones psicosociales, de estudio, económicos, culturales y fisiológicos están mermando el uso de esta práctica. Algunas de las causas de abandono de la lactancia materna son: mitos sobre el amamantamiento por parte de la progenitora, así como su familia, desconocimiento de las técnicas de la lactancia materna, reintegración precoz de la madre a su vida laboral o estudiantil, entre las principales. ^(9,12,15,18,21)

La hipogalactia es uno de los factores más predisponentes de abandono precoz de la lactancia materna, ya que, al ser un elemento de tipo subjetivo, no permite medición exacta del mismo. La leche insuficiente puede deberse a un sinnúmero de creencias y mitos sobre la lactancia materna, las cuales, se difunden en las familias y comunidad, de generación en generación. Desde que “el niño llora mucho porque se quedó con hambre”, “si tus senos son pequeños, no podrás producir suficiente leche” hasta “el niño sigue flaquito, tu leche no sirve” entre otras, no solo ahondan las dudas que tiene una madre al amamantar por primera vez, sino que mella la relación afectiva entre la madre y el hijo y produce a largo plazo, problemas de nutrición reales en ese pequeño, así como en su progenitora, aumentando la morbi-mortalidad del binomio. Entre las verdaderas causas de una aparente hipogalactia son una succión ineficiente o escasa. ^(19,22)

Son casos muy raros donde realmente se puede encontrar una verdadera hipogalactia. Por ejemplo, en una madre que sufre alteraciones hormonales, así como pechos pequeños (reales) que siempre van asociados a otras morbilidades. Sin embargo, son escasos este tipo de problemas y muy poco comunes como mencionamos anteriormente. Se deben realizar

exámenes complementarios que demuestren el diagnóstico, mientras tanto, alguien con experticia en el tema, deberá acompañar a la madre en este proceso y no por ello, dejará de dar de lactar a su recién nacido. ^(19,22,25)

2.2 Fundamentación filosófica

Lo que se desea con este estudio es descubrir las razones por las cuales una madre de familia abandona la lactancia a pesar de todos los beneficios que trae. Al reconocer la problemática, se corregirían estos elementos a través de un plan de acción y estrategias que consoliden a la lactancia materna como un asunto primordial no solo de la madre sino de su entorno y el resto de la sociedad. Para mejorar la adherencia a la lactancia materna por parte de las mujeres gestantes, así como las que están en proceso de lactancia, se deberá intervenir con el personal de salud en la comunidad. Este personal (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares, TAPs entre otros) deberán tener experticia en el tema para así dar un correcto asesoramiento a la madre, a la familia y a la comunidad en general. Este proceso requiere de personal con talento humano y ciertas habilidades de disuasión para dar a la madre y a la familia las suficientes herramientas para que la lactancia materna sea exitosa. ^(20,24,26)

Además, se deberá contar con grupos de apoyo, parteras de la comunidad, etc. para instruir durante el proceso, a la familia de la pareja embarazada. Las actividades deberán ejercerse en 2 tiempos: la prenatal (educación) que se impartirá durante el embarazo durante las consultas, visitas domiciliarias y reunión de club de embarazadas y será dirigida tanto a la mamá como a su familia más cercana (un estudio señaló que la educación sobre lactancia materna en mujeres con escasos saberes, debería ser en consulta y de forma individualizada); y la postnatal (acompañamiento) donde se aclararán las dudas y temores de la madre, de forma individual, ya que será ella la actora y protagonista del amamantamiento de su bebé. Sin embargo, no se dejará de lado a la familia, ya que mucho de los tabúes sobre la lactancia

materna (y que son causas de abandono de la misma) provienen de la familia propia, política y hasta de la comunidad que convive con el binomio. ^(17,25,27)

Otra alternativa es el grupo de apoyo mutuo que deberá ser un lugar donde la madre comparta con sus pares, experiencias, sean buenas o malas, que enriquezcan su periodo de lactancia materna, preservando la estabilidad emocional del núcleo familiar recién formado. Además, forma parte de los indicadores favorables para el mantenimiento de la misma. Ambas actividades, se deberán realizar en un ambiente informal, de ser posible participativo para que así el aprendizaje de la lactancia materna permita el sostenimiento de la misma. ^(20,24,25)

Durante el embarazo, además de realizar el seguimiento continuo de la gestación, se educará a la paciente y su entorno familiar sobre la lactancia materna y sus beneficios, con información veraz, científica y actualizada sobre el tema, respetando las decisiones que la mujer tome durante este proceso. Se debe poner mayor énfasis en madres adolescentes, madres de escasos recursos, primíparas o con alguna comorbilidad que ponga en riesgo la vida del binomio. En este primer momento, el personal de salud, responsable de la captación de la mujer gestante cumple un rol muy importante no sólo por el correcto llenado de una historia clínica integral, sino por la afinidad que la madre pueda tener por este servicio de salud y su regreso a los continuos controles, así como la buena relación médico paciente que logren tener, asegurando una lactancia materna exitosa. Además, dentro del examen físico general, no debemos olvidar la exploración mamaria. ^(9,11,12,13)

Después del parto, es fundamental que la madre conozca perfectamente la técnica de amamantamiento para que la lactancia materna sea un éxito. En este proceso, se considera

que los médicos familiares, así como el personal de salud especialmente el de enfermería deberían brindar acompañamiento por lo menos durante los dos primeros meses de vida del recién nacido. (1,12,14)

La constitución del Ecuador garantiza la salud de todo individuo. La Ley Orgánica de Salud en su artículo 17, menciona que *“la autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad. ()”*. También existe la Ley de protección, Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna. A pesar del marco legal que valida la práctica de la lactancia materna, se ha visto que la aplicación de la misma ha ido decreciendo de forma paulatina por lo que el Estado creó nuevas políticas y estrategias como la norma ESAMyN en el año 2015, con el objetivo de cumplir con varios puntos del Plan Nacional para el Buen Vivir, principalmente la disminución de la desnutrición infantil y el aumento paulatino de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes a través del apoyo articulado de toda la sociedad, a las madres en su proceso de amamantamiento. Otra forma de fomentar la lactancia materna es la práctica de los diez pasos para una lactancia materna feliz. (29,30,31)

2.3 Fundamentación legal

Constitución de la República del Ecuador

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, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan 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 enfoque de género y generacional.

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

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.

8. Protección y asistencia especiales cuando la progenitora o el progenitor, o ambos, se encuentran privados de su libertad.

Art. 69.- Para proteger los derechos de las personas integrantes de la familia:

1. Se promoverá la maternidad y paternidad responsables; la madre y el padre estarán obligados al cuidado, crianza, educación, alimentación, desarrollo integral y protección de los derechos de sus hijas e hijos, en particular cuando se encuentren separados de ellos por cualquier motivo.

4. El Estado protegerá a las madres, a los padres y a quienes sean jefas y jefes de familia, en el ejercicio de sus obligaciones, y prestará especial atención a las familias disgregadas por cualquier causa.

5. El Estado promoverá la corresponsabilidad materna y paterna y vigilará el cumplimiento de los deberes y derechos recíprocos entre madres, padres, hijas e hijos.

Convenio Sobre la Protección de la Maternidad., Convenio No. 183

Art. 10. - La mujer tiene derecho a una o varias interrupciones por día o una reducción diaria del tiempo de trabajo para la lactancia de su hijo.

Convención Sobre los Derechos del Niño

Art. 24 numeral 2 literal e). - Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos

Ley Orgánica de la Salud

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Código Orgánico de la Niñez y de la Adolescencia

Art. 24.- Derecho a la lactancia materna. - Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo.

Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna.

Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna

Art. 1.- La lactancia materna es un derecho natural del niño y constituye el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo.

Art. 2.- Corresponde al Ministerio de Salud Pública, a través de sus unidades operativas, la aplicación de las disposiciones de la presente Ley. Para este efecto deberá diseñar e implementar acciones tendientes:

- a) Fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva durante el primer año de vida del niño;
- b) Establecer en todos los servicios de salud públicos y privados, normas obligatorias que garanticen el contacto inmediato del niño con su madre, luego de su nacimiento;
- c) Promover y desarrollar educación continua en lactancia materna a los miembros del equipo de salud, la familia y la comunidad;
- d) Impartir la instrucción oportuna a toda madre embarazada o en período de lactancia sobre los beneficios nutricionales, inmunitarios, psicoafectivos y el efecto anticonceptivo de la lactancia materna, así como respecto del peligro que conlleva el cambio injustificado de ésta por biberones y chupones para los lactantes;
- e) Propugnar el cumplimiento de las normas del Código Internacional sobre Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la Organización Mundial de la Salud (OMS); y,
- f) Eliminar toda propaganda relacionada con las fórmulas lácteas en los servicios de salud.

Art. 3.- Esta Ley propende a garantizar una nutrición segura y suficiente a los niños recién nacidos que no tengan necesidades especiales de alimentación dentro del período de lactancia, mediante el fomento y protección de la lactancia materna y la regulación y control de la comercialización de alimentos infantiles, incluyendo los llamados sucedáneos de la leche materna.

Art. 4.- La lactancia materna, como recurso natural, debe proveerse hasta que el niño cumpla dos años de edad.

Art. 10.- Los directores de las unidades de salud en todos sus niveles, aplicarán las medidas necesarias para fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna, conforme a los preceptos de la presente Ley.

Art. 11.- Todo agente de salud o persona, profesional o no, que brinde servicios de salud, deberá fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna, así como eliminar toda práctica que, directa o indirectamente, retrase la iniciación o dificulte la continuación de la lactancia materna.

Reglamento a la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna

Art. 1.- El objetivo de este Reglamento es el de garantizar una nutrición segura y confiable a los niños lactantes por medio de la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna; es necesario entonces asegurar que se conozcan sus ventajas y su contribución para una nutrición exitosa, el crecimiento y desarrollo del niño/a menor de dos años.

Así mismo se establecen como objetivos la regulación y control de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna y de cualquier otro producto designado y usado en casos estrictamente necesarios para alimentar al lactante.

Es indispensable continuar la práctica de la lactancia materna hasta los dos años, con la adición de alimentos complementarios a partir del sexto mes de edad del niño/a, los mismos que deben ser preparados en base a alimentos locales, nutritivos y frescos.

Art. 2.- Corresponde al Ministerio de Estado de Salud Pública del Ecuador como organismo rector de la salud, a través de la Dirección General de Salud la responsabilidad de la aplicación del presente Reglamento en las unidades operativas del Ministerio de Estado de Salud Pública, hospitales y dispensarios del IESS, centros de atención de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional, clínicas, hospitales, centros de salud o consultorios privados.

De la educación e información sobre la alimentación infantil

Art. 8.- Todas las instituciones participantes en el Sistema de Salud y el CONALMA asumen la responsabilidad de garantizar que se facilite a las familias y a las personas relacionadas con la nutrición de los lactantes y niños de corta edad, a las mujeres embarazadas, a las

madres de lactantes y la comunidad, información objetiva y coherente. Esta responsabilidad abarca la planificación, la conceptualización y la difusión de la información con el control directo de estas actividades.

Art. 39.- El incumplimiento de las disposiciones a la Ley de Fomento Apoyo y Protección a la Lactancia Materna y el presente Reglamento, por personas naturales y jurídicas, constituyen infracciones que deben ser denunciadas al Consejo Nacional para el Apoyo a la Lactancia Materna (CONALMA), las mismas que serán enviadas a las autoridades competentes para su juzgamiento y sanción correspondiente.

2.4 La lactancia materna y sus conceptos

Prehistoria

Todas las crías de mamíferos, reciben alimento de sus progenitoras a través de las mamas. La supervivencia de estos predecesores, se debe principalmente a su cuerpo cálido y a su medio de subsistencia, la leche materna, la cual ha hecho que sean una de las familias más fuertes del reino animal. Este líquido blanquecino no solo les permite sostenerse, sino que ayuda con el progreso y evolución de las crías en sus primeros días de ciclo vital^(5,11, 12, 14,25)

En la antigüedad

En tiempos anteriores a Cristo, se creía que un niño debía ser amamantado desde el nacimiento hasta el tercer año. El trabajo como ama de cría permitía que la mujer que se dedicaba a ello, disfrutara de un buen sueldo y mejorara sus hábitos en todos los aspectos. En Egipto, los lazos cálidos entre el binomio madre e hijo eran imprescindibles mientras durara la lactancia materna. Además permitía a los lactantes disfrutar del hogar junto a su

progenitora. Ser la nana del próximo rey, era un lujo y una meta para cualquier mujer. ^(1,5,11,13, 25)

Muchos de los más grandes pensadores han descrito algunas indagaciones sobre la leche materna. Aristóteles, por ejemplo, llegó a la conclusión que la primera leche (calostro) no era beneficiosa para el recién nacido, mientras que Hipócrates indicó que la leche de la propia madre es mucho más sana que la de una nodriza. En cambio, en la Edad Media Europea, se consideraba la lactancia materna como un acto puro. Sin embargo, para no afectar la vida de los padres, y aquellos que contaban con vidas holgadas, contrataban amas de cría para toda su prole. ^(3,4,6,15)

Además, en la Roma postcristiana, el padre de la Ginecología, Efesos, dio importancia a la lactancia y dentición del pequeño como ejes fundamentales de este periodo. También, señaló las conveniencias de amamantar, el tipo de alimentación de la nodriza, etc. Conjuntamente, se dio inicio a la alimentación complementaria con gramíneas y leche no humana en la región Itálica. En Florencia, se dio una particularidad, ya que el recién nacido es enviado hasta los dos años con su ama de cría, a vivir en regiones campestres. ^(10,13,15,27)

Tristemente, se terminó convirtiéndose en un negocio rentable donde los esposos de las mujeres que amamantaban a los hijos de sus amos, recibían la paga. Mientras que las amas de cría, debían tener la suficiente leche para varios hijos de la familia de su amo y sus propios descendientes. El uso de nodrizas servía tanto para las clases sociales bajas como para las altas; las primeras, para retornar a las agilidades del trabajo, las segundas, por sus apretadas agendas en sociedad. En tanto, en América, los niños tenían un excelente desarrollo producido por el amamantamiento precoz y tardío por sus propias madres. Además, la alimentación complementaria del niño así como de la propia madre se basaba en una dieta

rica en el maíz, producto originario del continente. Posterior a la conquista, se reforzó el amamantamiento por la presencia de enfermedades exportadas como las ITS (sífilis) del viejo continente. (7,9,12,21)

El inicio de la fabricación de leche artificial se daría a inicios del siglo XIX, en Suiza. Nestlé, aseguró que “las madres harán publicidad por mí”. Lamentablemente se daría un giro de 360 grados en la nutrición infantil y en la relevancia del amantamiento, la cual ha sido minimizada de forma progresiva hasta la actualidad. En el siguiente siglo, se observan varios cambios que demostraran que la lactancia artificial no era el camino correcto hacia la nutrición infantil exitosa. Sobrepeso, enfermedades metabólicas, falta de desarrollo y mortalidad y morbilidad con índices altos a nivel mundial son el resultado de un siglo de alimentación con sucedáneos de la leche materna. (2,3,4,23)

A nivel mundial

La OMS recomienda que la lactancia materna exclusiva se inicie en la primera hora de vida hasta los 6 meses, de manera exclusiva y deba ser complementada con alimentos hasta los 2 años. En la década de los 80, la OMS crea un Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, donde impiden cualquier tipo de publicidad así como la venta de leche artificial o similares. (11, 13,14)

Por esta razón, la OMS junto a la UNICEF, en el año de 1990, se unieron para buscar una estrategia que les permitiera disminuir el alto índice de abandono de la lactancia materna. Dentro del mismo documento, se encuentran también los 10 pasos para una lactancia exitosa, el cual fomenta la preparación antes, durante y después del parto. Las políticas sobre el apoyo de la lactancia materna iniciaron con la declaración de Innocenti, en 1990, en la cual tanto la

OMS y UNICEF aunaron actividades en promoción de la misma. Esta declaración fue actualizada en el 2005. En el 2003, se desarrolló la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, en búsqueda de la buena nutrición de los lactantes y el no abandono de la lactancia materna. En el 2006, se refuerzan las actividades de promoción de la misma, actualizando la iniciativa para la humanización de la asistencia del nacimiento y la lactancia.^(11,15,16)

En el 2009, se fortaleció la promoción de la lactancia a través de herramientas desarrolladas por la OMS. En el 2010, nuevas evidencias sobre la lactancia materna se conocieron a través de la guía de alimentación en pacientes con VIH. En el 2015, se introdujeron los beneficios de la lactancia materna en los niños prematuros, preservando el derecho de todos los niños a una buena alimentación ^(16,17). Durante el transcurso de los años, se han realizado diversas estrategias para la promoción de la lactancia materna en todos los países, más aun, en países en desarrollo como el Ecuador. Sin embargo, no se han visibilizado los resultados esperados.

Situación en la región de Latinoamérica

En Latinoamérica, se llegó a un promedio de aproximadamente 2 a 3 meses de lactancia materna exclusiva, dada por diversos factores, entre los principales: decisión materna, hipogalactia (siendo esta subjetiva ya que no puede ser medible), retorno al trabajo o estudio de la madre y ansiedad materna por falta de redes de apoyo. Los factores psicosociales son un pilar fundamental en la continuación o abandono de la lactancia materna. Además, se considera a la cesárea como un factor predisponente, que retrasa la lactancia en la primera hora de vida. Existen 2 momentos claves para el abandono de la lactancia: en las primeras semanas postparto o también llamado temprano y a los varios

meses transcurridos donde la madre se reintegra a sus labores (denominado también tardío).^(11,15,18,19)

Situación en Ecuador

En Ecuador, la prevalencia de la lactancia materna hasta los 6 meses, es de 39.6%, habiendo mayor predominio en zonas rurales y región Sierra en comparación con el sector urbano y la Costa, respectivamente. Otros factores protectores son: parto eutócico, multiparidad, nivel de educación, edad mayor de 20 años, apoyo familiar y educación sanitaria pre y postparto. Dentro del último factor, existen varios estudios en nuestro país que señalan la falta de preparación o capacitación constante a los trabajadores de la salud, sobretodo en médicos y personal de enfermería.^(4,21,23)

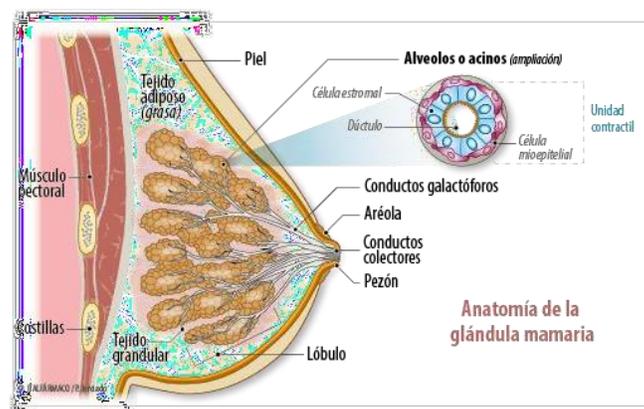
La idiosincrasia de nuestro país, considera a la lactancia materna como un acto natural e innato por parte de la madre. Sin embargo, se ha demostrado que la misma ha disminuido notablemente y de manera progresiva por un sinnúmero de factores históricos e ideológicos. Desde la conquista española, con la imposición de costumbres ajenas a nuestra cultura indígena, así como una dieta obligatoria, rica en carbohidratos para los conquistados por las extensas jornadas de trabajo tanto para hombres como mujeres. Desde allí, se normatiza una gran mayoría de hábitos propios de los españoles, a pesar de ser un país totalmente ajeno a nuestra cultura y realidad. Posteriormente, en 1760, con costumbres extranjeras ya arraigadas en nuestra identidad, llega la revolución industrial, donde tanto mujeres como niños se convierten en mano de obra primordial de las fábricas. De la mano, se inicia la defensa de los derechos de las mujeres, dando un paso importante para el reconocimiento de las mismas

ante la sociedad no solo como reproductora o ama de casa, sino como trabajadora y ser humano. Actualmente, la globalización y junto con ella, el deseo de alcanzar las modas de otros países sobretodo industrializados ha mermado notablemente la práctica de la lactancia materna. A esto se suma que nuestro país es una nación en vías de desarrollo donde el 38.1% de sus habitantes se encuentran en pobreza. (28,29)

2.5 Anatomía de la glándula mamaria

La glándula mamaria se divide de forma externa en la mama en sí misma, que corresponde en su mayoría a tejido graso y a tejido glandular en menor proporción; el otro segmento, la aréola, que presenta una coloración rosada (en adolescentes y nuligestas) o de color marrón (en mujeres que ya tienen hijos) junto con el pezón, que corresponde a la parte más sobresaliente de la aréola, lugar por donde se secreta la leche materna. Histológicamente, presenta un estroma o tejido de sostén y tejido de tipo glandular, que es el que forma la leche. (3,4)

FIGURA 1. ANATOMIA DE LA GLANDULA MAMARIA



De forma interna, de adentro hacia afuera, se separan en lobulos galactóforos que a su vez, se dividen en lobulillos, conformando la unidad secretora y formadora de leche; los

conductos galactóforos por donde se transporta el líquido ya producido; los senos lactíferos donde se deposita la leche durante el amamantamiento y finalmente los tubos galactíferos por donde emerge la leche a la boca del recién nacido cuando hay succión. Además, a nivel de la areóla, se encuentran glándulas sebáceas así como conductos de las mismas características que se comunican de forma externa con los tubérculos de Montgomery. Estos nódulos, a su vez contienen glándulas de Morgagni (un tipo de glándulas sebáceas) que lubrican y protegen al pezón. ^(3,4,5)

2.6 Tipos de lactancia

Existen diversos tipos de lactancia según la edad del niño/a, así como el tiempo de duración de la misma.

Lactancia exclusiva: Desde el nacimiento hasta los 6 meses. Recibe únicamente la leche materna, sin ningún otro líquido. ^(3,4,5)

Lactancia complementaria: Desde los 6 meses hasta los 2 años, generalmente. Recibe leche materna acompañada de otros líquidos, semisólidos y hasta sólidos. ^(3,4)

Lactancia predominante: Recibe leche materna acompañada de otros líquidos, excepto leche de vaca o leche artificial, antes de cumplir los 6 meses de edad. ^(3,5)

Lactancia materna parcial: Es la lactancia materna (incluye la proveniente de banco de leche casero o donada) acompañada de otros alimentos y la leche de tarro. También se le denomina como lactancia mixta. ^(4,5)

Lactancia artificial: Uso exclusivo de sucedáneos de la leche materna. ^(4,5)

2.7 Tipos de leche materna

Los tipos de leche materna varían según el momento en que es producida y su contenido calórico. Existen cuatro etapas de leche materna: pretérmino, calostro, transición y madura.

Leche pretérmino: Se secreta en el tercer trimestre del embarazo, cuando se tuvo un parto prematuro. Tiene un alto contenido proteico y esa cantidad de lactosa, brindándole todo el aporte para el crecimiento del recién nacido. Además, posee elevadas cantidades de lactoferrina e inmunoglobulinas, especialmente la A, colaborando con el sistema inmune del lactante. ^(4,5)

Calostro: Inicialmente, presenta una coloración blanquecina que con el transcurso de los días se vuelve amarillenta. Dura desde el primer día hasta el 4 día. Luego, nuevamente se torna de coloración clara blanquecina. Tiene alto contenido proteico, de mayor densidad, tiene más lípidos tanto para el desarrollo ponderal e intelectual del recién nacido. Su sabor es similar al líquido amniótico, dándole seguridad al niño/a.

Leche de transición: Es la leche que se produce entre el 4° y 15° día postparto. Entre el 4° y 6° día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto. En relación al calostro, esta leche presenta un aumento del contenido de lactosa, grasas, calorías y vitaminas hidrosolubles. ^(4,5)

Leche madura: Se produce a partir del décimo día, con un volumen promedio diario de 700 a 800 ml. Es rica en agua, carbohidratos, proteínas /especialmente caseína), zinc, calcio, hierro y minerales, es decir, oligoelementos para el desarrollo del niño/a.

FIGURA 2. DIFERENCIAS ENTRE LA COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA MADURA Y CALOSTRO

	LECHE MATERNA MADURA	CALOSTRO
Agua	88	87
Energía	70	58
Lactosa g/100 ml	7'3	5'3
Nitrógeno total mg/100 ml	171	360
Nitrógeno proteico	313	510
Nitrógeno no proteico	47	32
Proteínas totales g/100 ml	0'9	2'3
Caseína g/100 ml	0'25	-
Lactoalbúmina g/100 ml	0'26	0'16
Lactoferrina g/100 ml	0'17	0'33
Lisozima g/100 ml	0'05	-
IGA g/100 ml	0'14	0'36
Grasas totales g/100 ml	4'2	2'9
Ácido linoleico de la grasa	8'3%	6'8%
Colesterol mg/100 ml	16	28
Calcio mg/100 ml	28	-
Fósforo mg/100 ml	15	-

2.8 Beneficios de la lactancia materna

La madre y el niño son los directos beneficiarios de la lactancia materna. Sin embargo, la familia, la comunidad y hasta el Estado también son favorecidos por la misma, de una u otra manera. Son pocos los casos, en que la lactancia materna se encuentra contraindicada como, por ejemplo, madres con VIH, leucemia de células T, si reciben algún tipo de fármaco contraindicado en el recién nacido entre las más importantes. ^(1,2,4,7,21)

Entre las principales ventajas para el lactante se encuentran: desarrollo de un buen sistema inmune, mayor apego madre e hijo, mejor desarrollo intelectual y ponderal durante toda su infancia, menor predisposición a enfermedades diarreicas, al igual que infecciones respiratorias altas entre otras. Además, varios estudios han demostrado que el amamantamiento es un factor protector de la obesidad infantil. También se ha visto que disminuye la propensión a enfermedades autoinmunes y alérgicas. ^(3,4,5,21,23)

Entre los beneficios maternos, se encuentran: disminución de hemorragias postparto, rápida recuperación de peso (inicial al embarazo), menor tendencia a cáncer de ovario y mama, menor riesgo de depresión postparto, mayor vínculo afectivo entre madre e hijo. Además, algunos estudios han concluido que la lactancia materna protege el sistema cardiovascular de la madre y reduce la predisposición de depresión postparto. También, cuenta con un efecto protector gracias a la leptina que contiene, equilibrando los niveles lipídicos en la sangre de la madre, por ende, protegiéndola a largo de plazo de posibles enfermedades metabólicas. (11,13,15,27)

2.9 Factores que intervienen en la lactancia

Dentro de los factores protectores de la continuidad de la lactancia materna, se encuentran: edad materna mayor a 25 años, inicio de la LM en la primera hora de vida del recién nacido (siendo éste el mejor indicador para la prolongación de la misma), multiparidad, nivel de educación (sin embargo, de acuerdo a cada país o región, se convierte en un factor importante o no), haber señalado la voluntad de dar de lactar antes del nacimiento del niño, apoyo familiar, parto normal, empoderamiento paterno y acompañamiento del mismo (uno de los más importantes) entre otros. Uno de los estudios señala que se debería impartir información sobre lactancia materna desde la edad preescolar. Además, indican que se requiere una guía anticipatoria que permita visualizar los posibles problemas que podrán presentar durante este delicado periodo. (18,19,22)

Mientras que dentro de los factores desfavorables tenemos: consumo de tabaco, alcohol, drogas o medicamentos de tipo psicotrópico, prematuridad, regreso temprano al trabajo por

parte de la madre, parto distócico, morbilidades materno-fetales, oferta de leches artificiales, permanencia en hospital etc. ^(18,24,26)

CAPITULO 3

METODOLOGIA

3.1 Enfoque

Es un tipo de investigación cualitativa, en la línea de investigación de conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición en personal de salud, pacientes y sociedad.

3.2 Modalidad básica de la investigación

Se realizó una entrevista por cada usuaria, firmando el consentimiento informado previamente. Además, se explicó de manera verbal de que se trata el estudio y se informó a la paciente que se procedió a grabar el diálogo, el cual posteriormente fue transcrito, respetando siempre su confidencialidad. La entrevista consistió en 21 preguntas abiertas para que la paciente conteste según sus consideraciones permitiendo identificar las posibles causas del abandono precoz de la lactancia materna en la parroquia de Picaihua a través de la categorización y análisis de los datos. Los mismos, fueron tabulados de manera sistemática para la elaboración y conclusión de resultados, como lo requiere un estudio cualitativo.

3.3. Nivel de investigación

Es un estudio cualitativo, descriptivo, de campo, fenomenológico. ^(10,12)

3.4. Población y muestra

Se contó con un universo de 92 mujeres embarazadas en la parroquia de Picaihua, de las cuales, un total de 44 mujeres en periodo de gestación y postparto, usuarias del CS Picaihua, que desearan participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Mujeres con problemas de fertilidad
- Mujeres adolescentes o en edad fértil, residentes en Picaihua, que utilicen anticoncepción
- Mujeres con hijos lactantes mayores o escolares
- Mujeres adultas mayores
- Mujeres embarazadas con comorbilidades o de riesgo

Criterios de inclusión

- Mujeres gestantes o en periodo postparto residentes en Picaihua, igual o mas de 6 meses
- Mujeres en periodo postparto menor o igual a 2 años de duración
- Mujeres gestantes o en periodo postparto que deseen participar en la investigación

3.5 Criterio Ético

Se cumplieron criterios como la confidencialidad del estudio, así como el consentimiento informado. Además, se consideraron los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. La investigadora y las participantes se comprometen a brindar su ayuda para garantizar que los resultados se han interpretados adecuadamente con una información fidedigna. Los mismos, fueron usados para impulsar el desarrollo de políticas e intervenciones sobre el tema. Además, se recalcó que los instrumentos usados en

este estudio, fueron manejados exclusivamente por la investigadora y de ser necesario, serán destruidos al final de la investigación.

3.6 Recolección de la información

Se realizó a través de una entrevista semiestructurada de 21 preguntas abiertas a las cuales se anexaron consentimientos informados para la autorización de la investigación, así como recalcar a cada mujer entrevistada su derecho de confidencialidad. Este instrumento se basa en una entrevista validada para personal de salud, sin embargo, se extrapola de acuerdo a las necesidades de la comunidad.

Se utilizaron herramientas como: hojas de papel (entrevista y consentimiento informado), grabadora, celular, libreta de anotaciones, esfero y computadora.

3.7 Procesamiento de la información y análisis estadístico

El proceso general de este tipo de análisis comienza por la recopilación selectiva de los datos, seguida de una reducción para su identificación, clasificación, síntesis y agrupamiento. Al ser un estudio cualitativo, el análisis inicia desde la misma entrevista. Posterior a ello se continúa con la transcripción de cada entrevista, detallando los gestos y el lenguaje corporal de cada participante.

Una vez que la información haya sido recolectada y ordenada, la codificaremos para poder empezar a llegar a conclusiones una vez integremos la información. Si el proceso de codificación agrupa las transcripciones en categorías, temas o conceptos con el objetivo de relacionarlos con el fin de la consulta o investigación, la codificación los dotará de sentido. Se utiliza el principio de saturación para llegar a las conclusiones de nuestro estudio. Las mismas, deberán ser verificadas.

CAPITULO 4

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

Se realizaron 44 entrevistas a mujeres en estado de gestación y en periodo de lactancia de la parroquia de Picaihua. Los resultados se dividieron en datos sociodemográficos así como las causas de abandono precoz de la lactancia materna.

En total, se hallaron 22 causas de abandono precoz de la lactancia materna en las mujeres de la parroquia de Picaihua. Se encontraron variables propias de la madre, del niño y del entorno. A su vez, se dividieron en psico-sociales y biológicas.

4.1.1 Datos sociodemográficos

TABLA 1. ESTADO CIVIL

	Soltera	Casada	Unida	Divorciada	Total
Estado civil	11	20	13	0	44

Elaborado por: Md. Anahí Mantilla, 2020

Nuestra muestra tiene una cuarta parte de mujeres solteras. Algunas de ellas, tienen varios hijos. Otra cuarta parte, provienen de una unión de hecho.

TABLA 2. RANGO DE EDAD

	<15	15 a 19	20 a 24	25-29	30-34	35-39	40-44	>45	Total
Edades	0	9	12	5	15	3	0	0	44

Elaborado por: Md. Anahí Mantilla, 2020

De nuestra muestra de 44 mujeres, el 73% de la misma se caracteriza por pertenecer a adultas jóvenes. Sin embargo, un grupo llamativo en nuestro estudio es el de las madres adolescentes con un 20%, de las cuales, algunas de ellas ya van por su segundo embarazo.

TABLA 3. INSTRUCCION

	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior incompleta	Superior completa	Total
Instrucción	3	3	9	19	2	8	44

Elaborado por: Md. Anahí Mantilla, 2020

El 43% de nuestra muestra completó sus estudios de bachillerato. Sin embargo, el 20% no termino la secundaria y un 18% concluyó sus estudios universitarios. Cabe recalcar, que ninguna es analfabeta.

TABLA 4. TRABAJO

	Desempleada	Comerciante	Ama de casa	Costurera	Artesana	Contadora	Profesora	Estudiante	Enfermera	Médico	Total
Trabajo	16	6	6	2	2	1	1	4	3	3	44

Elaborado por: Md. Anahí Mantilla, 2020

El 45% de nuestra muestra, corresponde a mujeres que no reciben algún tipo de remuneración económica. Sin embargo, se puede también observar que aquellas que trabajan se dedican al comercio, profesionales de la salud, artesanas entre otras.

TABLA 5. MADRES

	Gestantes	En periodo de lactancia	Total
Madres	10	34	44

Elaborado por: Md. Anahí Mantilla, 2020

Nuestras entrevistadas pertenecen mayoritariamente a mujeres en periodo de lactancia con casi el 80% de la muestra.

TABLA 6. PARIDAD

	1 hijo (Primigesta)	2 hijos (Multigesta)	3 hijos (Multigesta)	4 hijos (Multigesta)	5 hijos (Multigesta)	Total
Paridad	44	24	11	4	1	84

Elaborado por: Md. Anahí Mantilla, 2020

De las mujeres estudiadas, se tuvo un total de 84 niños, de los cuales, la mayoría corresponden a un primer embarazo. Un 29% corresponde a segundos embarazos y apenas un 13% tiene tres hijos.

TABLA 7. PLANIFICACION DEL EMBARAZO

	Planificado	No planificado	Total
Primer hijo	14	30	44
Segundo hijo	6	18	24
Tercer hijo	6	5	11
Cuarto hijo	1	3	4
Quinto hijo	0	1	1
Total	27	57	84

Elaborado por: Md. Anahí Mantilla, 2020

De la muestra investigada, el 68% del total de hijos provienen de un embarazo no planificado. Es alarmante que independientemente de su número de hijo, los casos de embarazos no deseados sean mayoritariamente los más altos. Además, por las campañas de promoción sobre la sexualidad que existe, se supondría que luego del primer embarazo, las cifras no deberían tener un patrón repetitivo.

De acuerdo con nuestro estudio, se recolectó 44 entrevistas semiestructuradas, encontrando diversas causas que provocan el abandono precoz de la lactancia materna en la parroquia de Picaihua.

4.2. Análisis cualitativo de resultados

Se encontraron 22 causas para el cese precoz de la lactancia materna en las mujeres de la parroquia de Picaihua. Por su origen, se podría dividir las en propias de la madre, propias de el/la niño/a y del entorno. Por su influencia, se podría señalarlas como directas e indirectas.

**TABLA 8. CAUSAS DE ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA
EN LAS MUJERES DE LA PARROQUIA DE PICAIHUA**

CAUSAS	ORIGEN
Confusión materna de términos	De la madre
Falta de consejería prenatal	Del personal de salud (entorno)
Falta de consejería postparto	Del personal de salud (entorno)
Incumplimiento de la lactancia	De la madre
Mitos y creencias de la sociedad	Entorno
Autopercepción materna de hipogalactia	De la madre
Desconocimiento de los cambios y tipos de leche materna	De la madre, entorno
Falta de saciedad del niño	De la madre, entorno
Idealización del recién nacido	De la madre, entorno
Falta de apego precoz	Del personal de salud
Falta de acompañamiento adecuado por parte del personal de salud en las primeras 48h postparto	Del personal de salud
Presión familiar y de los profesionales de la salud	Del personal de salud, entorno, de la madre
Uso de sucedáneos de la leche por decisión materna	De la madre
Trabajo y estudio materno	Del entorno
Madre jefa de hogar (cambio de roles)	De la madre
Tipo de embarazo	De pareja
Periodo intergenésico	De pareja
Falla y/o abandono de anticonceptivos	De pareja
Problemas de salud	De la madre, del niño
Eliminación de la leche materna	De la madre

Elaborado por: Md. Anahí Mantilla, 2020

1. Confusión de términos

Correspondería a la falta de comprensión inmediata luego de la consejería, que origina una mala interpretación de las indicaciones e incumplimiento de las acciones señaladas para la obtención de un plan de lactancia exitosa.

La mayoría de las madres pueden describir las razones por las cuales es beneficiosa la leche materna. Indican que tipos de sustancias contienen y los beneficios de la lactancia. Sin embargo, tienen dificultades con algunos términos técnicos.

La mayoría conoce que la lactancia materna debe concluir cerca de los 2 años, tal como lo indica el MSP o la OMS. Sin embargo, si empezamos a hablar de una lactancia materna exclusiva, algunas de ellas pueden definirla y conocen su duración, de manera teórica. Lo mismo sucede con la lactancia materna complementaria. Pero en este caso, se ven más dificultades ya que algunas madres confunden el término complementaria con suplementaria, indicando que significa seguir amamantando y darle un suplemento, es decir un sucedáneo de la misma leche.

También existe una disrupción en el hecho del cumplimiento de la lactancia materna, sea esta exclusiva o complementaria vs los conocimientos. Algunas madres a pesar de que conocen la definición y la duración no lo cumplen. Cabe señalarlo ya que en su gran mayoría si han recibido consejería durante sus controles prenatales y en el postparto.

Pocas madres, también desconfían del personal de salud del ministerio. Sea por una mala experiencia, circunstancias o tal vez por una mala relación médico paciente o una mala atención registrada por la usuaria, genera desconfianza y rechazo por parte de la madre, mostrando desinterés y preferencia por el sector de salud privado.

Las madres que fueron atendidas en el sector privado son aquellas que indicaron no haber recibido consejería en lactancia materna, tanto en los controles prenatales y postparto. También una madre indicó que más bien le regalaron una leche de fórmula luego del parto.

FEPAP6 ante la pregunta de cómo una mujer sabe si tiene suficiente leche para el bebé, respondió *“Umm cuando comen bien. Yahhh”*.

En apariencia, un comentario totalmente sin fundamentos. Sin embargo, es una madre primigesta que a pesar de que ha recibido consejería sobre lactancia materna en cada control prenatal, confunde términos, tal vez por nerviosismo o inexperiencia. Este problema se vio en algunas de las entrevistas.

Ante la pregunta para saber sobre el significado de la lactancia materna complementaria, la entrevistada ANMOP1 dijo: *“Eh (suspira) la lactancia complementaria, pues... adicionarle una leche ... que no es la materna, al bebé.”*

A pesar de la instrucción y formación de la entrevistada, tiene desacierto sobre todo en términos técnicos. La lactancia materna ha formado parte de su formación académica en la carrera de medicina. Sin embargo, se puede ver claramente que existe una confusión entre el término lactancia complementaria y lactancia mixta, que, en el fondo, son definiciones muy diferentes.

Ante la pregunta de cuál es el significado de la lactancia materna exclusiva y hasta cuando se la debe mantener, GRGAP11 dice: *“Que tenemos un vínculo entre madre e hijo. Se debe tener hasta los dos años porque a veces hay niños que sueltan el seno y no quiere más.”*
(silencio)

En este caso, la mujer confunde el periodo que comprende toda la lactancia (indicada ya por la OMS), con la duración de la lactancia materna exclusiva que abarca los 6 primeros meses de vida. La confusión de términos en general encontrada en este estudio, se refiere a que las

pacientes no manejan términos técnicos tales como: exclusiva, complementaria, agarre entre otras, a pesar de que los conocimientos ya fueron impartidos.

2. Falta de consejería en controles prenatales

A pesar de estar dentro del protocolo de atención a la embarazadas según el MSP, la promoción de la lactancia materna en los controles prenatales se realiza de manera parcial por diversas causas: muchas mujeres no acuden a las atenciones médicas mensuales y si lo hacen, es de forma tardía; otras ocultan su embarazo sobretodo si son menores de edad.

Por otro lado, también existen fallas a nivel del personal de salud. Muchos de ellos, han olvidado una parte importante de la atención primaria que es la promoción. También se debe tomar en cuenta que la consulta de una embarazada abarca un sinnúmero de actividades y papeleo que se deben completar, haciendo más larga y monótona la consulta, dejando de lado la parte esencial de la misma: la promoción de la lactancia materna, los cambios fisiológicos de la mujer según su tiempo de gestación, puericultura, preparación de pezones entre otras.

SUAGP3 responde ante la pregunta de si recibió consejería en los controles prenatales: *“Se le hace la pregunta, me interrumpe a la mitad con un rotundo no. Me permite terminar la pregunta. No, nunca me dieron consejería (se la ve molesta).”*

Algunas mujeres no recibieron consejería durante sus controles prenatales. Sobretodo, si recibieron atención mensual de su embarazo por un facultativo particular, es decir, de forma privada. Esto sobretodo se da en pacientes primigestas con una mejor condición socioeconómica o nivel de instrucción superior.

GEPAP9, indicó que: *“Umm... no, ni en este embarazo ni el otro tampoco.”*

Esta madre multigesta, bachiller, indica que no le brindaron ningún tipo de asesoría sobre la lactancia materna, tanto en los controles prenatales como en el postparto. Desconoce términos técnicos como exclusiva o complementaria. Sin embargo, conoce cuando su hijo se siente satisfecho, si ha comido bien, si tiene una adecuada cantidad de leche, etc. Tal vez, la experiencia le otorgo estos conocimientos para poder aplicarlos de mejor forma en su segundo hijo.

3. Falta de consejería en el postparto

La mayoría de madres recibieron consejería sobre lactancia materna en un primer momento (controles prenatales). Sin embargo, un segundo momento se consideraría crucial, es decir, tras dar a luz. Donde los conocimientos teóricos se aplican inmediatamente para que la madre pueda dar de lactar a su bebé de manera exitosa.

VECOP13 respondió: *“Nooo. No me brindaron. (acentúa la voz)”*

Madre con instrucción superior, primigesta, unida. Por su profesión, se debe tomar en cuenta su profesión, ya que, al ser enfermera, sus estudios académicos le permiten estar preparada en la educación prenatal requerida para el cuidado de su lactante a pesar e no haber recibido consejería sobre lactancia materna en la fase del postparto.

TACRP20 señaló: *“No, ninguno de los casos.”*

Madre multigesta, ama de casa, nunca recibió consejería materna por profesionales de la salud durante sus controles prenatales ni postparto. La única aparente asesoría recibida fue por su madre, muchas veces basada únicamente en las creencias que han sido transmitidas de generación en generación o por la experiencia.

4. Incumplimiento de la lactancia materna

La lactancia materna tanto exclusiva como complementaria se cumple de manera parcial o no se cumple por un sinnúmero de razones. Se palpó durante este estudio que varios de los elementos que serán mencionados como causas de abandono precoz participaron de forma directa o indirecta como factores precipitadores.

SIMOP18 indicó: *“A los 4 meses le daba el hígado, ella comía, no se atoraba, pero si ha dejado de comer no quiere papilla, no come como antes.”*

Una madre multigesta, con instrucción secundaria considera que el alimentar a un bebé de 4 meses con comida es lo correcto. El adelantar la lactancia materna complementaria puede traer varias consecuencias en el pequeño, mayoritariamente negativas. A pesar de conocer que no es lo correcto, la madre puede ceder ante las presiones sociales y familiares de terceros y no cumplir con lo requerido.

SUAGP3 señaló: *“Bueno eh yo a los 6, 7 meses empecé ya a darle frutas en forma de papilla yyy la lactancia por cuestiones de mi trabajo le di hasta el año o el año un mes no me acuerdo muy bien (hace cuentas mentalmente, mira al techo).”*

No sólo las presiones de terceros producen que se abandone la lactancia materna complementaria. Sino también los múltiples roles que debe ejercer la misma mujer que ahora es también madre. Además, la reintegración laboral de la mujer, dificulta la continuación de la lactancia materna.

5. Mitos y creencias de la sociedad

Al ser el amamantamiento una práctica ancestral e intergeneracional, innata de las mujeres ha permitido que, durante el transcurso del tiempo, las abuelas, madres, parientes del mismo

sexo o de diferentes familias intervengan de forma directa en la lactancia sobre todo en madres primerizas. Los conocimientos de estas mujeres se basan en la experiencia propia y en las creencias de sus antecesoras, siendo válidas para las circunstancias de esa mujer en un tiempo determinado. Sin embargo, existen factores y características que se van modificando acorde al intervalo del tiempo, escenario y condiciones en las que se encuentre cada mujer, analizándola de manera individualizada. No será lo mismo, una madre primeriza que cuente con el apoyo de su madre a una adolescente que no tenga a su familia cerca y no cuente con el apoyo de su pareja o la familia de su esposo. ^(35,36,37)

SUAGP3 respondió, cuando le preguntaron sobre si alguien le dijo que tiene poca leche: *“Eh bueno mi mamá. Yyyy ... cuando llegaban mis amigas, mis vecinos (modula la voz) que me llegaron a visitar, entonces ahí me decían que tal vez lloraba porque no tengo suficiente leche y me dieron igual algunos remedios caseros, pero no me funcionaron mucho.”*

A pesar de la profesión y conocimientos de la entrevistada sobre el tema, la presión familiar siempre va a tener más peso en el proceso de amamantamiento, sobre todo si la madre no cuenta con experiencia. La llegada del primer hijo es una de las crisis normativas de una familia donde se puede observar la interacción de los nuevos padres con el entorno. Pero se observa claramente como los padres deben poner límites claros desde un principio para que los abuelos, tíos, primos, cuñadas cumplan sus propios roles y no intervengan de manera directa en su paternidad ya que esto genera incertidumbre en la madre, considerándose incapaz de realizar el mayor acto de amor a su hijo: la lactancia.

AMSAP22 ante la pregunta del cumplimiento de la lactancia materna exclusiva, respondió: *“Sii, hasta el año dos meses, porque yo les estaba dando y comenzaron a bajar de peso y me*

dijeron que el seno no tenía valor y que debía darle de comer... a partir que ya le quite el seno a ambos, solo querían el seno. (acentúa la voz)”

A pesar de ser madre de tres hijos, el periodo intergenésico largo entre el segundo y tercer hijo, ayudó que esta madre tuviera nuevamente temores ante la lactancia. En algunas ocasiones, los profesionales de la salud no cumplen con la promoción de la lactancia materna como se debería. La leche materna de acuerdo a su etapa, va cambiando el porcentaje de sus componentes, sin embargo, no significa que pierda valor nutritivo. He aquí, la importancia de una buena relación médico- paciente y que la asesoría que el paciente reciba por nuestra parte sea información actualizada y verídica.

6. Autopercepción materna de hipogalactia

La hipogalactia se refiere a la escasa producción de leche materna. Esto a su vez provoca la incapacidad de cubrir los requerimientos nutricionales del bebé. Sin embargo, está comprobado científicamente que apenas el 5% se refiere a una hipogalactia real ⁽²⁸⁾. La mayoría de casos de hipogalactia, no tienen bases científicas, sino son producto de mitos, presión social negativa desde el entorno más cercano (familia, amigos). Otro problema en la actualidad es la poca tolerancia social que ha ido incrementando a nivel global ante un hecho tan natural como la lactancia materna, juzgando la semidesnudez de una madre lactante.

A pesar de la consejería recibida durante el proceso de gestación de la mujer, el temor, la inseguridad, así como el propio desconocimiento del funcionamiento de su cuerpo y/o el proceso para la producción de la leche materna. En nuestras mujeres se ha visto que la indiferencia y porque no decirlo procrastinación hasta cierto punto de la propia mujer ante la lactancia materna porque considera que el amamantamiento es un hecho natural que se

aprenderá por sí mismo cuando el niño nazca, evadiendo todas las necesidades propias de conocimiento para llevar un amamantamiento exitoso y pleno para el binomio.

La autopercepción de la hipogalactia es un problema que genera la sensación de incapacidad de producir el alimento suficiente para el bebé, y no solo eso. Esa incapacidad llena de dudas a la mujer, entrando en un juicio moral de si es buena madre o no. Estas dudas al no tener respuesta (por lo mismo, se requiere siempre un acompañamiento y reforzamiento de la consejería en el postparto) generan sentimientos de culpa, baja autoestima, frustración e irritabilidad de la madre. Sumando a esto, la madre se convierte en una “simple productora de leche” a la que habrá que sobrealimentar para que produzca mayor cantidad de la misma, olvidándose de la mujer como persona que está atravesando una crisis esperada, de sus sentimientos, sensaciones, y temores, que necesita ayuda, apoyo y afecto tanto para ella como para su familia. Muchas veces, la madre puede llegar a la depresión postparto y hasta al rechazo del recién nacido. ⁽²⁹⁾

ANMOP1 dice: *“No. Pienso que tenía poco (se molesta) porque eh eh yo sentía que no salía mucho, pero me decían que a medida que va succionando el niño, se va aumentando, pero hasta cuando yo le di de lactar, no hubo mucho... y yo sentía que mi... que tenía menos de lo que la gente decía que es lo normal.”*

Esta mujer conoce la fisiología de la lactancia materna tanto por sus estudios académicos como por la consejería recibida en el postparto. Sin embargo, se observa que tiene dudas, se desespera, compara su situación con las de otras madres, generando mayor angustia y sentimientos negativos hacia sí misma. Este es un punto clave donde la mujer debe recibir más información sobre su proceso de lactancia, así como el apoyo de su familia y entorno.

7. Desconocimiento de los cambios y/o tipos de leche materna

Además de la importancia de concientizar la fisiología del amamantamiento, sus fases, entre otros elementos entre las mujeres en gestación, también se debe tomar en cuenta que la leche materna también presenta diversos tipos de ésta, de acuerdo a la variación del porcentaje de sustancias que contiene en cada etapa. (29)

SIMOP18 dice: *“Ummm creo que no, ósea si me sale bastante, era como, así como agua, no está saliendo como la leche. He escuchado que la leche materna es buena, vine al primer control le pesaron y tenía anemia, era gorda pero no tenía nutrientes.”*

El desconocimiento de la madre en este caso permite crear ideas tergiversadas sobre la calidad de la leche materna, cuando únicamente nos estamos enfrentado a un hecho fisiológico, es decir la maduración de la leche materna. Sin embargo, se debe tomar en cuenta y también informar a la madre que la nutrición de su bebé dependerá mucho de la calidad de dieta que ella lleve durante el embarazo y la lactancia.

8. Aparente falta de saciedad del niño

El hambre es la sensación que indica la necesidad de comer. En el recién nacido, el único alimento que requiere y que contiene todos los elementos que necesita para su nutrición es la leche materna. Por eso es importante que la madre sea capaz de reconocer algunas manifestaciones del niño que demuestran que la hora de comer llegó. Por ejemplo, llevarse las manos a la cara, presencia de bostezos apenas se levantó, reflejo de succión o chupeteo, reflejo de búsqueda, irritabilidad, mayor actividad o llanto intenso a pesar de que ya se cubrieron el resto de las parvedades. (29)

XIMOP31 dijo: *“No, yo me daba cuenta porque él se quedaba con hambre.”*

Una madre multigesta, con instrucción superior, nos indica que basada en sus conocimientos sean estos académicos, aprendidos en los controles prenatales o en el postparto al igual que basada en sus anteriores niños, los recursos ya obtenidos le permiten reconocer cuando el niño continúa con hambre. Sin embargo, se debe recordar que algunas veces, las madres pueden tener una percepción equivocada basada en las emociones y hormonas a las que están sucumbidas.

CRMOP34 dice: *“Si, en el segundo. En el primero y tercero no... el bebé no quería ni dormir, el tercero seguía con hambre.”*

En este caso específico, es importante lo que la madre nos responda. Cada embarazo, cada recién nacido son un universo diferente al igual que los factores que participan de manera directa e indirecta en una gestación como es su planificación en pareja, nutrición de la madre, desarrollo del bebé hasta el momento del parto y tras su nacimiento.

9. Idealización del recién nacido

La idealización del recién nacido proviene desde la sociedad, donde en los medios de comunicación nos muestran un bebé dormido, tranquilo, sano en una propaganda de promoción de sucedáneos de la leche. Las personas etiquetan a un bebé como llorón si el recién nacido emite sonidos, está inquieto o llora para ser tomado en brazos. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que el recién nacido humano es el mamífero que requiere más cuidados. Su forma de comunicarse con su entorno es justamente el llanto. Si requiere comida, siente frío o desea estar acompañado recibiendo estímulos, el recién nacido va a emitir gritos, sollozos más eso no significa que no esté cumpliendo su rol. ^(30,31)

IRPAP8 dice: *“Umm yo, desesperada, porque no podía dormir, el bebé lloraba en el hospital.”*

El ambiente de un hospital es un lugar silencioso a pesar de que un bebé se encuentre en el área clínica que le corresponde, se espera que guarde silencio, se comporte tranquilo, coma, y se duerma inmediatamente, ya que el llanto de un niño despertaría al resto y generaría un caos entre las madres y los niños. Esta madre a pesar de ser multigesta tiene un antecedente de que su penúltimo hijo falleció, lo cual aparentemente provocaría que la madre sienta mayor inseguridad. Cabe recalcar que todas las madres, sentirán temor ante la llegada de cada nuevo bebé, por la incertidumbre que esto genera. El llanto del bebé puede ser por múltiples causas: hambre, sueño, incomodidad, excesivo calor o frío entre otras.

ANPEP43 dice: *“No, porque si es enojo me jala para atrás; él quiere seguir jalando, empieza llorar... el otro lado, toma y se tranquiliza...”*

Como se mencionaba anteriormente, el llanto del bebé se puede deber a varias situaciones. La madre nos habla sobre el lactante y su llanto. Podría deberse a irritabilidad por el mero hecho de no recibir la atención que requiere sin embargo también se debe considerar el hecho de que, si le pasan al otro seno, continúa lactando y se tranquiliza.

10. Falta de apego precoz

El apego precoz es una de las practicas defendidas por la OMS. Es un derecho inalienable del recién nacido, así como de su madre. ^(32, 33) Sin embargo, es uno de los hechos menos respetados en el ámbito hospitalario. Una de las principales circunstancias para que no sea respetado el apego precoz, es el aumento de terminaciones del embarazo a través de cesáreas. El embarazo en adolescentes se ha incrementado de manera vertiginosa por lo cual, se

presentan un sinnúmero de complicaciones clínicas en el producto, que requieren procedimientos urgentes por los cuales el recién nacido no puede permanecer junto a la madre.

GIMAP42 dijo *“Si, una doctora donde donan la leche me explicó. Mi bebé nació por cesárea porque no pude dar normal. Al bebé me pasaron a los 2 días, le di de lactar, mi hijo lloraba... (se pone triste) no cogía el seno, me dieron fórmula.”*

Una madre adolescente, soltera que terminó su segundo embarazo por cesárea, no pudo compartir sus primeras horas de vida junto a su recién nacido. Este primer momento, rompe los lazos y dificulta que la lactancia materna sea efectiva. Tras 48 horas transcurridas, sin el estímulo de la succión, la madre percibe que el niño no lacta, se vuelve irritable. La madre siente desesperación, se siente incapaz y sucumbe al uso de sucedáneos de la leche que son entregados en el mismo hospital para que cese el llanto del neonato.

11. Falta de acompañamiento adecuado por parte del personal de salud en las primeras 48 horas de vida del RN

La consejería en el postparto es otro pilar clave para la captación de las mujeres que no han recibido la información requerida para una lactancia exitosa en la fase prenatal por diversas circunstancias: no se realizaban controles, miedo, vergüenza. ⁽³⁶⁾ Esto sobre todo se ve en madres adolescentes y mujeres que pertenecen a comunidades indígenas u ocultan su estado de gestación. Además, se observa un fortalecimiento de la información ya dada durante el embarazo.

LALOP40, primigesta dice: *“Ummm... no di a luz en el hospital.”*

Algunas de las pacientes prefieren recibir atención en clínicas privadas en vez de las Unidades Operativas de Salud Pública por la búsqueda de una aparente mejor calidad del servicio. Algunas se dan la opción de acudir a una institución de su elección y escoger hasta la forma del término de su embarazo.

Otra de las entrevistadas, SUAGP3, ante la pregunta de si le dieron consejería después del parto, nos indicó: *“No. No nunca, ni tampoco al centro de salud me hizo ningún (piensa) ningún chequeo, nunca vinieron a mi casa, (se ríe de forma sarcástica) nunca me preguntaron nada solo lo hice de forma privada. (reacia ante las instituciones del MSP).”*

La mayoría de las madres que recibieron consejería en el postparto recibieron durante los controles prenatales en el sistema de Salud Pública, en atención primaria. Sin embargo, algunas no la acogieron en ningún lugar, especialmente embarazadas adolescentes y primigesta que no cuentan con una red de apoyo. También otro punto importante, es la desconfianza que genera toda institución de tipo público, por lo que algunas usuarias tienen preferencia por instituciones privadas.

12. Presión familiar

La familia es el núcleo de la sociedad. La llegada del primer hijo marca una crisis normativa en la familia, transformándola en un conjunto de 2, en un trío. La familia se extiende y los esposos tienen que cumplir los nuevos roles como padres. Sin embargo, la inexperta deja una brecha abierta para la familia extendida que, desde un inicio de la familia en formación, se tomaran el atrevimiento de brindar información basada en sus propias experiencias o en creencias que fueron transmitidas de generación en generación en su misma familia. ^(34,35,36)

Esta intromisión de personas ajenas en las nuevas actividades y ejecución de sus roles individuales como progenitores pueden incrementar la problemática que deben atravesar los nuevos padres.

GASAP7 dice: *“Sabían decir que del tarro y dije que no dije que debo dar el mismo seno de uno. Porque tiene solo que dar mi seno, porque leche de tarro es malo.”*

La intrusión de los parientes de la familia extendida en el cumplimiento del rol de la madre incluye la lactancia materna. Las mujeres como se había dicho antes son las portadoras de generación en generación de los conocimientos. En algunas ocasiones no sólo es la percepción de la hipogalactia, el uso de aguas medicinales que aumentan la producción de leche materna, sino también el uso de sucedáneos de la leche, generando una presión social negativa sobre la madre que ahonda sus incertidumbres, haciendo que abandone la lactancia.

CRMOP34 indicó: *“Mi suegro me daba un garrafón de agua, yo ya no quería, me asqueaba; decía ¿cómo es posible que no le siente leche? y decía yo entre mí: ¿no voy a querer la plata? ¿acaso la leche es gratis? es cara la leche de tarro s26, que el tarro de 1800 gramos me cuesta 72 dólares; voy a sufrir pudiendo estar durmiendo y que mi bebé tome 7 días, descansar toda la semana. A mí me dieron leche con té y a mí si me sentó. Me sentía frustrada porque pensaron que decía que no quería que me sentara leche.”*

La presión de los familiares porque la madre cumpla con su proceso fisiológico de producción de leche sobrepasa los límites. Realizan todo tipo de ritos y aplican creencias para mantener a la madre en ese estado de productora de leche, aplicando sustancias que aumentan la producción de ésta, abundantes líquidos y dietas ricas en lácteos y carbohidratos para aumentar el peso de la madre y por ende la aparente fabricación de la leche. Sin embargo, no

se toma en cuenta que esa madre, sufre cambios psicológicos y emocionales que debe aprender a compartir y convivir con su hijo, que requiere tiempo para sobrellevar su propio cansancio, hambre y además no debe olvidar su rol de esposa y mujer.

JOMUP36, en cambio, indicó: *“Porque estaba embarazada y decían todo mundo mi suegra que era malo darle mi leche así.”*

Es el caso de una madre, multigesta con periodo intergenésico corto (menor a un año), adolescente, la cual no cuenta con redes de apoyo excepto la familia de su pareja. Las creencias de su familia política son asumidas por la entrevistada como propias, además su corta edad permite que sea influenciada de manera fácil por otras personas, especialmente por parte de su suegra que se ha convertido en su figura materna. Entonces, interrumpe la lactancia materna complementaria de su primer hijo por la creencia que será perjudicial tanto para el bebé en gestación como para el lactante, impidiendo la continuación de la lactancia materna complementaria del primogénito.

13. Presión por parte del mismo personal de salud para el uso de sucedáneos

El uso de los sucedáneos de la leche inicio en la revolución industrial. ⁽³³⁾ Su difusión fue a nivel global y su uso es generalizado a través de los años, a nivel mundial. Sin embargo, se convirtió en un potencial industrial a nivel del globo terráqueo. La promoción de uso de sucedáneos de la leche se extendió no solo a nivel comercial, sino hasta los profesionales de salud.

CRMOP34 dice *“Con el tercero, tuve 10 días leche, mi bebé tuvo bilirrubinas altas, estaba amarillo y bajo de peso en el IESS me dijeron que le compre fórmula.”*

(...) *“El primero falleció a los 3 meses de nacido, mi nena tiene 7 años y un mes y mi bebé tiene 4 meses; el bebé se murió por problemas de respiración, solo tomaba biberón.”*

En el caso de la entrevistada, multigesta, enfermera de profesión, a pesar de su grado académico recibió presión por parte del personal de salud para el uso precoz de los sucedáneos de la leche por una aparente patología del niño. A pesar de los antecedentes de su primer hijo que falleció por una aparente muerte súbita del recién nacido. Sin embargo, debemos recordar que sólo se alimentó de biberón siendo uno de los principales factores negativos para provocar la muerte súbita en el lactante.

14. Uso de sucedáneos de la lactancia materna por decisión materna

La mujer, al enterarse de la noticia de ser madre, también debe ser consciente que requiere cumplir su rol a través de modificaciones biológicas, fisiológicas, psicológicas, emocionales e individuales, de pareja, así como familiares. ⁽³⁴⁾ Dentro de las mismas, se encontrará la lactancia materna que además de ser un hecho biológico también dependerá de la postura de la madre, en sí, debe ser una decisión propia de la madre.

HIMEP41 indicó: *“Esa tomaba porque decidí no darle mi leche, no le di... ya no quiso ninguno de los niños... y en este embarazo ya toca darle el seno... (acentúa la voz).*

Una madre multigesta, adulta joven, ella resolvió no aplicar la lactancia materna por decisión propia en ninguno de sus hijos, prefiriendo el uso de sucedáneos de la leche materna. A pesar del temor para no indicarnos las verdaderas razones de su decisión y además a pesar de recibir consejería tanto en sus controles prenatales como en la fase postparto, también se debe aprender a tolerar y respetar la voluntad de la madre. Aparentemente, no vivía con el padre de sus niños, trabajaba y contaba con el apoyo de su familia para el uso de la leche de tarro.

CRMOP34 dice: *“Un día les dije, verán hasta aquí tomo esas aguas asquerosas no quiero saber nada. Voy a gastar en la leche de tarro, no me voy a engordar por gusto. Yo soy cafetera, ya no hay leche, que voy a hacer (responde entre risas).”*

Es necesario que la madre tome en cuenta sus emociones y capacidades y que la familia asuma y respete la decisión de esta sin presiones negativas, juzgamientos ni maltratos. La familia sea política o propia, debe ser un apoyo y hasta un amparo para la nueva madre. Además, los malos comentarios solo generan que las emociones negativas se ahonden en la madre y produzcan disrupciones entre la pareja y la familia extendida. También se debe tomar en cuenta que la madre a pesar de adaptarse a las prácticas y creencias de la familia, lo hace parcialmente, ya que muchas de ellas las aplica para evitar una discusión con su esposo o el resto de la familia.

15. Trabajo o estudio de la madre

Reinserción laboral

En la actualidad, tanto el padre como la madre se suman al campo laboral. Uno de los momentos más álgidos en la vida de una mujer es la reintegración a su trabajo durante la lactancia. El Estado y el empleador deberán garantizar horas de lactancia para la mujer apenas se reintegre al trabajo. Sin embargo, muchas de las veces, no se cumple. Este es uno de los momentos más delicados para que la lactancia materna se perpetúe como una práctica exitosa.

DITOP16, una madre multigesta, ante la pregunta de si había suministrado leche de tarro, fue: *“Umm al primero no, al segundo si, a la nena, como iba a la feria de 4 de la mañana a 10 de la noche le dejaba a mi mami en el envase, de mí misma, y cuando acababa, le daba*

leche de tarro. Yo decidí, cuando llegaba temprano era suficiente, desde los 5 meses. Ni un tarro ocupe.”

Cuando la madre se reintegra al campo laboral, existe diversidad de alternativas. Todo dependerá de las circunstancias, horarios de la madre, cercanía del lugar del trabajo, accesibilidad del empleador, especialmente el respeto a los derechos de la mujer en periodo de lactancia. Si cuenta con un trabajo independiente, también será necesario que la madre decida si continuará o no con el amamantamiento ya que dependerá mucho de su planificación y tiempo al igual que si tiene disponibilidad para contar con un banco de leche en casa.

En cambio, SIMOP18, ante si conoce los beneficios de la leche materna, indicó: *“Muchos, me he dado cuenta en el primero ehh no tomó mucha leche hasta los 4 meses me fui a trabajar, tiene dolores de los huesos, descalcificación dolor de los dientes; en cambio, en mi segundo hijo casi tomó hasta el año y medio porque trabajaba en casa; tiene buen calcio no sufre de ninguna dolencia. Y mi nena, la verdad, mi leche dijeron que no era buena, no tuve presupuesto para una dieta, está con anemia. Debo alimentarme más para darle a mi nena el seno y tomar hierro.”*

La madre, multigesta, con dos embarazos adolescentes (primero y segundo) pero en diferentes circunstancias. En el caso del primero, la madre pudo comparar las situaciones entre el primer hijo y el segundo, tomando en cuenta la situación laboral. En su primer hijo, el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva trajo consecuencias negativas en la salud del primer hijo. A diferencia del segundo que tuvo lactancia materna exclusiva y complementaria ya que la madre pudo trabajar desde la casa y contaba ya con un poco de experticia en el amamantamiento.

Reinserción estudiantil

ALCRP38 indicó: *“No, porque pienso que es artificial, no tiene vitaminas que le puedo dar, si dejaba leche en el refri cuando tenía dos meses tres o cuatro porque estudiaba le dejaba.”*

La entrevistada, enfermera de profesión, mantuvo su lactancia a pesar de que continuaba sus estudios. Un factor protector sería sus conocimientos previos por su carrera que le permitían planificar la ejecución de un banco casero de leche materna además de terminar sus estudios. Cabe recalcar que era una madre primigesta.

16. Madre jefa de hogar, soltera sin apoyo (cambio de roles)

La madre soltera sea por elección o no, debe cumplir con roles tanto de maternidad como de paternidad. Al ser jefa de hogar, la situación será más difícil de llevar ya que deberá encargarse de que el sustento económico y las necesidades básicas sean cubiertas. Además de esto, deberá tener tiempo de calidad con sus hijos (si es que los hay) y sino deberá conseguir a alguien que cuide del pequeño/a y si decide de manera voluntaria, continuar con la lactancia materna o iniciar el uso sucedáneo de la leche. El camino será duro de recorrer.

MISAP33 al preguntarle sobre si le dieron algún líquido que aumentara su producción de leche nos supo manifestar: *“Nada. La dieta me cuide sola. (responde suspirando).”*

Madre soltera, sin redes de apoyo cuando esperaba su primer hijo. Su primer embarazo fue cuando era adolescente. El desconocimiento de una salud sexual y reproductiva, sus propios derechos sexuales traerían consecuencias a largo plazo. Su confesión nos muestra cuan cruel puede ser el sistema y la sociedad ante un hecho biológico como lo es la maternidad. Sin redes de apoyo, sin pareja, siendo juzgada y con ausencia de sororidad a tal punto que una

adolescente deba enfrentar sola un parto y más aún un proceso natural como la lactancia. Desconoce términos, a pesar de que se encuentra en espera de su segundo embarazo.

17. Tipo de embarazo

Embarazo Adolescente

De 44 entrevistadas, el 20.5 % ⁽⁹⁾ fueron madres en su adolescencia por primera vez. Una adolescente que no tuvo acceso a información sobre sus derechos sexuales y como llevar su salud sexual y reproductiva de una forma plena, será vulnerable y hasta esperable un embarazo precoz para su edad. Esto implica un riesgo elevado tanto para la madre como para el feto.

LOSAP24 nos señaló: *“A los 15... ehh... 16 el primero, a los 30 el segundo y el tercero ahorita. (modula la voz)”*

Ella es la que su primer embarazo fue a la edad más temprana, de todo el grupo. Recuerda con dificultad a la edad que se embarazó ya que actualmente es una mujer adulta joven. Posterior a su primer hijo, el periodo intergenésico fue muy largo lo que probablemente nos indica que la experiencia de la maternidad en esa adolescente fue difícil de digerir. Sin embargo, en su adultez se embaraza por dos ocasiones más.

EVMOP25 indicó que: *“Umm en Quinto. (...) A los 17. (silencio)”*

Su primer embarazo es durante la adolescencia. Es un embarazo que no fue planificado con su pareja que es un adulto joven (20 años). Desconoce todos los términos que se le mencionan sean técnicos o no, a pesar de que su hijo tiene ya 2 meses. Durante su entrevista, demostró su preferencia al comentar que la leche de tarro es mejor para el desarrollo del bebé que la lactancia materna.

Embarazo no planificado

Según la OMS (2019), los embarazos no planificados no son los mismo que embarazos no deseados, pero otros autores consideran que los términos no deseado, imprevisto y no planificado son similares. Los embarazos no planificados son consecuencia de una sexualidad mal comprendida y desconocida, de tabúes y creencias infundadas por terceros, al igual que el uso inadecuado de anticonceptivos o el desuso de los mismos.

JECHP5, por ejemplo, nos indica: *“El primero si, el que se murió; el segundo no. (modula la voz)”*

En el caso de esta entrevistada, es difícilmente creíble que una muchacha de 17 años quería quedar embarazada. Sin embargo, este embarazo terminó en un aparente aborto espontáneo. El segundo hijo, fue concebido tras 6 años de periodo intergenésico, tal vez por el malestar que generó la pérdida del primero o porque la madre concientizó el hecho que no estaba preparada para ser madre de forma tan precoz.

202005214, dijo: *“Ummm no, ninguno jajaja (responde entre risas)”*

Paciente multigesta, madre soltera, de instrucción primaria. Su respuesta fue corta pero contundente. De 5 hijos, ninguno fue planificado. Los 2 primeros fueron embarazos adolescentes. El cuarto embarazo, terminó con el fallecimiento del recién nacido. La última gestación, aparentemente se dio por un uso inadecuado de anticonceptivos o fallo del mismo.

18. Periodo intergenésico

Según Ojeda (2016): *“El periodo intergenésico es el lapso de tiempo entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente. Un adecuado periodo intergenésico es considerado un factor positivo para la salud física y mental de la madre y el producto.”*

También se le considera el tiempo que debe esperar después de un aborto, para planificar un posterior embarazo. La mayoría de autores considera que un periodo intergenésico corto (PIC) debe tener una duración como mínimo unos 18 meses. El periodo intergenésico largo (PIL) debe tener un tiempo estimado de máximo 60 meses, es decir, 5 años.

Periodo intergenésico corto

Un tiempo esperado menor de 18 meses entre las gestaciones, puede traer complicaciones tanto para la madre como para el feto. Algunos estudios indican que aumenta el parto pretérmino, restricción de crecimiento intrauterino, así como la placenta previa.

JOMUP36 dice: *“A los 18 la primera y la segunda a los 19.”*

La entrevistada corresponde a una madre adolescente que, por segunda ocasión, en menos de un año, se encuentra en gestación. Ambos embarazos no fueron planificados. Además, esta madre no les dio lactancia materna sino usó sucedáneos de la leche desde temprana edad (10 días de nacido). Dentro de la entrevista se puede notar que tiene algún tipo de trastorno límite de inteligencia. Sin embargo, nos brinda un dato crucial al hacer entender que en su primer embarazo fue madre soltera.

GIMAP42 nos comenta: *“2 años y este embarazo.”*

Es una madre soltera, con secundaria incompleta (quinto curso), adolescente que cursa su segundo embarazo, también no planificado al igual que el primero. Aquí se puede deducir que las políticas para evitar los embarazos adolescentes son ineficientes ya que no están logrando el objetivo, sino todo lo contrario. Además, representa un doble riesgo tanto para la

madre como para el bebé ya que no solo implica un embarazo no planificado, sino adolescente y con periodo intergenésico corto.

Varias de las entrevistadas tienen un periodo intergenésico corto entre el primer y segundo embarazo.

Periodo intergenésico largo

O prolongado. Tiene una duración de aproximadamente 60 meses. El periodo intergenésico largo (PIL) aumenta el riesgo de la aparición de preeclampsia.

AMSAP22 comenta: *“A los 20 de mi primer hijito, el segundo, a los 24 y el tercero, a los 34.”*

Corresponde a una madre con tres hijos, que nos menciona sus edades durante cada embarazo. Se puede observar que, entre el segundo y el último hijo, transcurrieron cerca de 10 años, más de lo que indica la OPS para un periodo intergenésico prolongado.

Se observa que la mayoría de madres entre el primer hijo y el segundo hijo tienen un periodo intergenésico adecuado y en varios casos, corto. Pero a partir del tercer hijo, más bien se nota que existe una tendencia a un periodo intergenésico largo. Además, varias de las mujeres coincidieron que ese embarazo no fue planificado o fue consecuencia del mal uso de los anticonceptivos.

MAPAP32, contesta: *“El primero 17, el segundo 20 y el tercero a los 34.”*

Madre multigesta con un periodo intergenésico adecuado entre el primero y segundo hijo. El periodo intergenésico largo entre el segundo y tercero es de 14 años. Este factor se debe tomar en cuenta porque a pesar de ser una madre con múltiples embarazos, requiere el

fortalecimiento en la promoción de la lactancia materna. Además, al ser un periodo intergenésico tan largo, existe el riesgo de que la presión negativa social influya en la decisión de amamantar o no.

El periodo intergenésico prolongado PIL en las madres entrevistadas fue un factor independiente de su nivel de instrucción.

19. Falla y/o abandono de métodos anticonceptivos

Según Niño (2019), el abandono de los métodos anticonceptivos se debe al cese de la actividad sexual y la incomodidad que generan sus efectos secundarios (por ejemplo: cefalea, aumento de peso y sangrado uterino anormal). Estas razones son suficientes para que el apego a los anticonceptivos no sea convincente para las usuarias.

En cambio, la falla se refiere a la ineficacia del método anticonceptivo por un defecto, falta o incumplimiento.

SIMOP18 comenta: *“Quedé de una en el primero, me quede embarazada se podría decir, cómo le explico no era premeditado, era menor de edad y no sabía lo que pasaba, y el segundo bebé me quedé embarazada con la mesigyna.”*

Es una madre multigesta. Su primer embarazo, no deseado, fue cuando era una adolescente y no utilizó algún anticonceptivo. La entrevistada quedó embarazada de su segundo hijo mientras utilizaba anticonceptivos inyectables, sin embargo, se debería conocer con veracidad ciertos datos como la fecha en la que se inyectaba, desde cuando lo usaba, si hubo un día en donde se retrasara o se adelantara o simplemente no lo usó.

AMSAP22 dice: *“Ehh No... a ver, el segundo, si. En el primero me cuidaba con inyecciones y salí embarazada y el tercero estaba dudando con las pastillas porque me hizo quistes.”*

Porque estaba con los implantes estaba con tratamiento me dio antibióticos y ahí quede embarazada”.

Madre de tres hijos. El primero y tercer hijo fueron concebidos mientras utilizaba métodos anticonceptivos. En su primogénito, estaba usando un anticonceptivo inyectable mientras que, en el último hijo, durante el transcurso de un implante subdérmico. Según la entrevistada, ambos métodos anticonceptivos fallaron en su eficacia. El alto índice de embarazo no deseados sea por falla, abandono o un uso inadecuado de estos métodos, es un factor indirecto para que la lactancia no sea un proceso exitoso.

SIMOP18 dice: *“Si, el implante me retiré y estábamos tratando de hacerme la ligadura con la obstetrix no nos salió la cita médica pronto. Tenía que descansar, en eso decidimos tener nuestro tercer bebé.”*

En el caso de los métodos anticonceptivos no reversibles, el trámite que se requiere para la cita médica con el especialista para la realización de este procedimiento, puede tomar meses para su cumplimiento.

También los llamados descansos necesarios, posteriores a un uso prolongado de anticonceptivos, llevan a muchas mujeres a un embarazo inesperado. Por ende, durante el transcurso de ese tiempo, puede producirse un embarazo no deseado, convirtiéndose el mismo en un factor negativo para el cumplimiento de la lactancia materna.

20. Problemas de salud

Problemas de salud del niño

Existen casos especiales en los que un niño no puede recibir lactancia materna. Según una herramienta de la OMS (2009) que se usa hasta la actualidad, solo en caso de fenilketonuria,

galactosemia clásica y la enfermedad en jarabe de arce está contraindicado el amamantamiento. Existen otras condiciones de salud del niño en las cuales se requerirá lactancia materna más el apoyo de los sucedáneos de la leche de forma temporal, es decir, una lactancia mixta. Se puede mencionar, por ejemplo: recién nacidos prematuros menores de 32 semanas, recién nacidos con peso menor a 1200g, o Recién nacidos con una alteración en la adaptación metabólica, o incremento de la demanda de la glucosa.

ANMOP1 dice: *“(Respira). No. Mmmm mi hija tiene 5... 5 meses y mi hija tomo sólo leche materna hasta los 2 meses porque tiene una condición alérgica entonces le tuve que retirar y ella toma fórmula.”*

Madre primigesta, médico de profesión, nos cuenta que tuvo un embarazo bastante delicado. Su pequeña nació con galactosemia por la cual los médicos especialistas decidieron cesar la lactancia materna. Se recomendó el uso de sucedáneos de la leche y por la falta de experticia de los padres y la información no detallada de los médicos se inició una leche de fórmula que no le correspondía a la pequeña. Esto generó una complicación (colitis necrotizante) en la pequeña por lo que debió ser hospitalizada a su corta edad.

JECHP5 dice: *“Si, desde los primeros días porque fue prematuro y yo estaba en terapia intensiva y no pude irle a ver.”*

Madre con antecedente de primera gesta en la adolescencia, planificado que termina en aborto. Su segundo embarazo, no planificado a pesar de ello, muy deseado después de una pérdida. La gestación se complica con la detección de preeclampsia en el tercer trimestre de embarazo, porque se procede al término del mismo ya que la madre sufre convulsiones (eclampsia). El recién nacido requiere cuidados especiales en Neonatología. Al existir un

banco de leche, se supondría que recibió leche donada por otras madres e ideal para su condición.

CRMOP34 dice: (...)”*El primero falleció a los 3 meses de nacido, mi nena tiene 7 años y un mes y mi bebé tiene 4 meses; el bebé se murió por problemas de respiración, solo tomaba biberón. (...)”El bebé no succionaba, dijo que le dé biberón, botaba por la nariz... (gesticula) después me dijeron que tenía un problema de hernia diafragmática porque tuve un embarazo complicado (Se pone pensativa). con el tercero, tuve 10 días leche, mi bebé tuvo bilirrubinas altas, estaba amarillo y bajó de peso en el IESS, me dijeron que le compre fórmula.”*

Continuando, CRMOP34 dice: “*Si, complementaria desde los 6 meses hasta los dos años porque le damos leche o el seno más las papillas y la comida del bebé. Hasta el año 4 meses cumplí, porque yo trabajaba, mi suegra le cuidaba y ella comía, al inicio recolectaba leche luego le di biberón. Al tercero, le di leche de tarro desde los 17 o 18 días que se hospitalizó.”*

Madre multigesta, enfermera. Su primer hijo falleció a los meses de edad. Su bebé tenía una hernia diafragmática que aparentemente dificultaba la alimentación del niño por lo que los médicos decidieron el uso de los sucedáneos de la leche. Algunos estudios indican que su uso de manera temprana, no permite al lactante que desarrolle los instintos de supervivencia como los reflejos, por lo que son más propensos a muertes súbitas (muerte de cuna). Su tercer hijo, presentó hiperbilirrubinemia más bajo peso por lo que durante su tiempo de estadía recibió leche de fórmula. Al no haber succión, la producción de leche disminuyó hasta el punto que la propia madre decidió suspenderla y proseguir con el uso de los sucedáneos de la leche. Se debe recordar también que la madre trabaja por lo cual, también contó con ese factor para el abandono de la lactancia materna.

GRGAP11 comenta: *“Ehh, al nacer, se mezcló el agua de fuente con popó, entonces se le fue a los pulmones y no respiraba bien le pusieron oxígeno, tanta cosa, dijeron que él no podía tomar seno o biberón se atrancaba y podía fallecer; entonces todo le dan por sondas y una bomba. (silencio)”*

Madre primigesta, sin experticia, soltera. Por razones desconocidas presentó sufrimiento fetal por presencia de meconio. Aparentemente prematuro por lo cual los médicos decidieron que debía recibir su alimento a través de una sonda. Se desconoce si fue leche donada o sucedáneos de la leche.

21. Problemas de salud de la madre

Existen condiciones especiales de salud por las que una progenitora no puede dar de amamantar a su bebé. Patologías como: VIH, leucemia de células T y en casos de que la madre esté tomando medicaciones especiales como antiepilépticos u opioides sin embargo indican que se necesitaría suspender el amamantamiento solo de forma temporal.

En la actualidad, la globalización del internet ha permitido que la mayoría de personas tengan acceso a un sinnúmero de fuentes de información tales como páginas, blogs o aplicaciones que permitan conocer o guiar a las personas sobre diversos temas. Para conocer que medicamentos maternos pueden traer riesgos al bebe durante la lactancia materna, en la actualidad se cuenta con páginas como <http://www.e-lactancia.org> que permite identificar a la madre los efectos que pueden provocar en la salud del recién nacido.

Problemas luego de cesáreas o ligaduras

ROMOP44 dice: *“Yahh A ver en el primero, pasé en terapia intensiva, me detectaron preeclampsia a los 7 meses y a los 9 meses me dio eclampsia, perdí la vista ehheh no vi a*

nadie; fui a dar luz a ciegas, me ayudó mi hermano a hacer exámenes, me llevaron a dar a luz, perdí la razón. Sólo desperté a las tres de la mañana, recibiendo la última pinta de sangre, recibí 9 pintas en total. Estoy viva para contarles que hay que cuidarse mucho. El segundo, a las 3 horas de haber dado a luz, dijeron la mamá del niño Quispe, dele de comer y le hicieron despertar. (responde entre risas)”

Madre multigesta, educación básica completa. Con su primer hijo presentó preeclampsia y eclampsia. No recibió lactancia materna durante los primeros días de nacido. Luego, pudo darle el seno hasta el año. Con el segundo hijo, no tuvo contacto durante el parto, sin embargo, luego el niño fue alojado conjuntamente con la madre e inició su lactancia materna. La entrevistada nos cuenta que su primer hijo tiene problemas gastrointestinales, talla baja. Mientras que su segundo hijo, tiene peso y talla adecuados para su edad y su estado de salud es bueno, confirmando que la lactancia materna asegura una buena nutrición para los niños.

Muchas de las cesáreas en la actualidad no son requeridas por la salud de la madre sino más bien electivas por la aparente facilidad del procedimiento y por el status social que ello implica.

Salud mental y/o emociones maternas negativas

La mujer al convertirse en madre, debe cumplir con nuevas aptitudes y cumplir con todas las expectativas para ser considerada una buena progenitora. Sin embargo, se olvida que la mujer es también un ser humano con temores, expectativas, que también es hija, dama, un ser humano que tienen emociones y sentimientos encontrados frente a su nuevo rol. La presión de familiares, conocidos y hasta de la pareja la llevan al borde de sí misma y duda de sus capacidades, habilidades y cualidades.

ANMOP1 manifiesta: *“Desesperada (se pone triste) yo eh eh trataba de buscar ayuda para complementar a mi niña porque yo sentía que tenía poca (silencio, baja la cabeza)”*

ANMOP1 es médico. Es mamá por primera vez. A pesar de sus estudios y preparación académica tuvo muchas dudas frente a su embarazo, al igual que todas las madres. Sin embargo, la condición médica especial de su hija, la presión social, el hecho de no poderle dar de amamantar y sus estudios de postgrado, hicieron que dudara de sus capacidades y de su calidad como madre. El hecho de no poder amamantar a su bebé, provocó que la entrevistada tuviera momentos de ira, desesperación, y confusión, ahondando su ansiedad e inseguridades. Su caso es especial, ya que su niña necesitaba que abandonara la lactancia materna, pero se debe recordar que las emociones en cada mujer pueden ser afectadas o interpretadas en diferente grado y muchas veces puede conllevar a un abandono temprano de la lactancia materna a pesar de que no se requiera.

GACAP2 dice: *“Frustrada (mira al horizonte), desesperada (entre risas) porque..... no sé mi bebe lloraba y tenía hambre (gesticula) y yo no sabía que hacer. Y y tras de eso que me dice que es porque no tengo leche (sonríe nerviosa) ... si se siente un poco mal (baja la voz).”*

Madre primigesta con instrucción superior. Sin embargo, es difícil enfrentar las realidades de la maternidad, sobretodo de la lactancia. La percepción de ser incapaz de alimentar a su hijo y no cumplir con algo tan básico como la lactancia hace que la mujer pierda la confianza en sí misma. A pesar de la consejería que reciba antes y durante el parto, la mujer necesita redes de apoyo, así como asesoría que disipe cada una de sus dudas con el pasar de los días aplicando de manera paulatina lo que se le indicó anteriormente.

SUAGP3 indica “Eh chuta me sentía confundida. No sabía si era re verdad, mentira ohhhh osea no no me sentía confundida. (se molesta, se incomoda ante la pregunta)”.

El cambio de rol y la adquisición de nuevas actitudes y aptitudes de la madre, dejan de lado muchas veces la propia estabilidad emocional de la mujer. La aceptación social exige que la madre demuestre fortaleza y autonomía durante la lactancia ya que es un hecho innato en las mujeres. Sin embargo, la confusión que provoca el mero hecho de que el niño no se calle a pesar de cubrir sus necesidades básicas, el no saber cómo tomarlo en brazos, el temor de que deje de respirar, el hecho de que le digan que es incapaz de alimentar a su hijo puede provocar el rechazo al recién nacido, así como el abandono precoz de la lactancia materna.

22. Eliminación de la leche materna (no conformación de bancos caseros de leche materna)

Existen también mujeres que tienen una abundante excreción de leche materna. La hipergalactia, poco conocida, hace que la mujer perciba que tiene una exagerada salida de leche y sus incómodas consecuencias.

En algunas de las entrevistadas, se encontró que tienen una adecuada producción de leche sin embargo sufren de derrames de la leche de forma continua y de congestión de las mamas.

CRMOP34 contesta: “Con el segundo bebé si cumplí la lactancia materna exclusiva, tenía full leche, yo botaba la leche no guardaba”

Paciente multigesta, enfermera. La entrevistada percibió que en su segunda hija tuvo producción de gran cantidad de leche que se podía visibilizar con el volumen de leche que eliminaba. Se observa la poca cultura de las madres en la comunidad para la preparación del banco de leche materna casera.

LOSAP24 comenta: *“No, para nada, me traían bebés para que les dé de lactar...Yo donaba... no recolecté, no me dijeron. (se queda pensativa)”*

Paciente multigesta, comerciante, instrucción secundaria. Según la entrevistada, tenía una sobreproducción de leche por lo que decidió de forma voluntaria, donar la leche para otros recién nacidos que sus madres no podían dar de lactar por diversas razones. Llevaban a los pequeños a su hogar para que ella los alimentara. En ninguno de sus embarazos le informaron cómo debía recolectar su leche para la formación de un banco en casa.

4.3 HALLAZGO IMPORTANTE

Debido a la pandemia, ha surgido un fenómeno bastante interesante. Las mujeres han acudido al centro de salud para conocer si en realidad están embarazadas de manera urgente. Y como segundo fenómeno, algunos embarazos durante la pandemia no han sido deseados, por lo cual las mujeres han buscado la ayuda médica para dar término a su gestación, independientemente del trimestre en el que se encuentren (5 hasta finales de junio). Se hace más visible la problemática de los embarazos no deseados durante una crisis paranormativa; sin embargo, también se presenta una disyuntiva, ya que el confinamiento siendo una medida de protección ante el coronavirus es la principal causa de embarazos no planificados. A esto, se debe sumar las dificultades ante el acceso de los métodos anticonceptivos.

4.4 DISCUSION

Se encontraron un sinnúmero de factores causantes del abandono precoz de la lactancia materna en la parroquia de Picaihua. Factores directos como el desconocimiento de los beneficios de la lactancia materna y tipos de leche, falta de consejería en controles prenatales y postparto, presión externa para el uso de sucedáneos de la leche y la percepción materna de hipogalactia.

Elementos indirectos como la confusión de términos, el embarazo no deseado, mal uso o fallo de métodos anticonceptivos, periodo intergenésico inadecuado y problemas propios del recién nacido o de la madre hacen que el amamantamiento se transforme en una práctica que se discontinúa con el pasar de los años.

Se obtuvieron 22 causas variadas de abandono de la lactancia materna. Es un número bastante representativo por lo cual no se cuenta con la frecuencia de cada uno, sin embargo, se encontró una riqueza de resultados que nos permitió concluir que existen factores provenientes de la madre, del niño, y del entorno.

En un estudio en Colombia, se encontraron varias razones para el abandono de la lactancia materna, tales como: hipogalactia (53.7%), mala succión (9.6%), hospitalización del recién nacido (4.6%) y cirugía materna (3.5%) entre otras, demostrando que la necesidad de los bancos de leche materna primordialmente sobretodo para su acceso en la propia comunidad para evitar dificultades de accesibilidad. Sus principales beneficiarios corresponden a recién nacidos con bajo peso, prematuros, con alteraciones en su inmunología, alérgicos a las diversas proteínas lácteas y hospitalizados menores de 6 meses.³⁸

La mayoría de entrevistadas pertenecen a mujeres postparto, casadas, que fluctúan entre los 15 y 37 años, encontrándose en plena edad fértil por lo que no debería presentarse dificultades para el amamantamiento. Entre las mismas, se encontró un sinnúmero de subgrupos como adolescentes y primigestas.

A nivel de Sudamérica, también se ha observado que la lactancia materna es más frecuente cuando la edad aumenta (mujeres mayores de 3 décadas, 78% mientras que en mujeres entre los 20 y 29 años, un 68%). En un estudio a nivel de Sudamérica, las adolescentes que

amamantan apenas representan el 15% de manera exclusiva y lactancia complementaria apenas llegan a un 10%. Paraguay es el país con menor adherencia al amamantamiento con un 24.4%.³⁹

Otro estudio en Sudamérica, indico que más mujeres adultas jóvenes y que estuvieron en unión libre cumplían por mayor tiempo la lactancia materna. Las principales causas de abandono precoz de la lactancia materna en este estudio fueron: hipogalactia, rechazo de la leche por el recién nacido, uso de sucedáneos así como la reincorporación laboral materna.⁴¹ La instrucción de la mayoría de mujeres corresponde a educación secundaria. Sin embargo, casi la mitad de las participantes no trabaja o recibe algún tipo de remuneración. Este se convertiría en un factor protector del amamantamiento ya que las madres cuentan con suficiente tiempo y disposición para cumplir con su periodo de lactancia.

Más de la mitad de las mujeres participantes tuvieron o cursan embarazos no deseados. De este porcentaje, la mayoría corresponde al primer hijo. Al ser un embarazo no planificado, hace que la madre de manera indirecta no quiera amamantar a sus hijos. Sin embargo, la mayoría de mujeres lo hacen.

Otro grupo importante es un número apreciable de mujeres que quedaron embarazadas mientras aparentemente utilizaban métodos anticonceptivos. Debe considerarse si en realidad hubo un fallo del método o si las usuarias lo usaron de manera inadecuada. El embarazo no deseado es una de las principales causas indirectas del abandono precoz de la lactancia materna.

Las mujeres entrevistadas concuerdan en que la leche materna es favorable para el niño porque es natural y proviene de la madre, sin embargo, desconocen el sinnúmero de beneficios de la misma para el binomio.

Martinez y Hermosilla, indicaron en su estudio, que la importancia del amamantamiento era conocida por un 71% de las madres más su acción a largo plazo sobre la inmunidad, solo la conocían un 69%.³⁹

En cuanto al conocimiento, las madres consultadas acerca de la importancia y la inmunidad que brinda la práctica de la lactancia, 71% refirieron que conocía o tenía alguna noción de la importancia y 69% manifestó que conocía acerca de la inmunidad que esta le brinda.³⁹

También, hay un gran número de mujeres entrevistadas (independientemente de su preparación) que desconocen la diferencia entre la lactancia materna exclusiva y la complementaria. Hay confusión entre los conceptos tanto como la duración de cada una.

El mismo estudio, demostró que un 81.7% de mujeres encuestadas a nivel de Latinoamérica consideran que la lactancia materna complementaria es necesaria para el bienestar del niño.

³⁹

A pesar que el casi 100% de las mujeres entrevistadas practican la lactancia materna confunden fácilmente los términos y se les dificulta hablar o dar explicaciones sobre la misma. Dudan de sus conocimientos, de sí mismas a pesar de ser un acto natural y propio de la mujer, dificultando su adherencia a la lactancia por sus propias creencias.

Este estudio, también nos indica que más de la mitad de las mujeres entrevistadas receptaron asesoría durante sus controles prenatales por personal de salud. En otros casos, recibieron ayuda de clubs de padres. Sin embargo, se observó una disyunción entre lo aprendido y su

aplicación ya que en el transcurso de tres meses, apenas el 10% continuo con la lactancia materna exclusiva mientras que un 47% prefirió utilizar sucedáneos de la leche.³⁹

La mayoría de mujeres tuvieron información sobre lactancia materna por parte del personal de salud durante sus controles prenatales. Este es un factor protector de la continuación de la lactancia.

En segundo nivel, fue aún mayor la información recibida por parte de personal de salud, disipando las dudas sobretodo de las madres primerizas y reforzando la información de las progenitoras multigestas. De esta manera, se cumple con el apoyo por parte del personal de salud para la promoción de la lactancia materna.

Empero, estas estrategias sobre el amamantamiento se observan en el sector público mientras que en el sector privado son mínimas o nulas. En pacientes entrevistadas con instrucción superior, no recibieron asesoría sobre lactancia materna sobretodo porque sus controles prenatales y sus partos fueron atendidos en una institución privada o IEES.

La desconfianza ante la salud publica hace que muchas mujeres o sus familias opten por el sector privado donde la lactancia materna queda de lado por la promoción de los sucedáneos de la leche.

Las empresas involucradas trabajan de manera conjunta con algunos profesionales de la salud en la oferta de la leche artificial a las madres especialmente en el postparto.

Un estudio en Colombia, señaló que algunos profesionales de la salud recomiendan la lactancia mixta (18%) al considerar la lactancia materna como insuficiente.⁴⁰

Sin embargo, se considera que la retención de esta información es mala en las mujeres o no se da la interpretación adecuada para el mensaje. Además, existe una mala comunicación y

una disrupción en la relación médico-paciente que no permite que el mensaje llegue a los receptores de forma adecuada, lo cual se convierte en una dificultad materna para la perpetuación del amamantamiento.

Las madres aseguran que la leche materna es mejor que los sucedáneos de la leche, sin embargo, por múltiples causas han dado leche artificial por siquiera una ocasión. Entre las principales se encuentra el llanto incoercible y la falta de saciedad del recién nacido, la aparente hipogalactia materna (sobretudo en los primeros días), la presión del entorno entre otras.

Un estudio en Colombia, detecto que la técnica en la lactancia materna es importante para su continuidad. Más del 60% de las mujeres tuvo una mala posición. Las mismas, corresponden a madres primerizas.⁴⁰

La mayoría de mujeres prefiere dar de lactar sentada, aunque la técnica no esté bien aplicada. Refieren que es la posición más cómoda sobretudo si fue parto natural. Por ende, el amamantamiento será mucho más factible en esta situación.

En cambio, las mujeres que dieron por cesárea, optan por la posición acostada ya que el recién nacido no tiene contacto con la herida quirúrgica. En estos casos, la lactancia será un poco más difícil, sin embargo se la puede realizar usando posiciones opcionales.

Las madres perciben que los niños se encuentran satisfechos porque dejan de llorar, no cogen nuevamente el seno, se quedan tranquilos o se duermen. Sus conocimientos se basan en la misma experticia que van adquiriendo conforme las necesidades del niño; en otros casos, porque así le han contado familiares (abuela materna) o allegados. Se observa que las

creencias tanto de la madre como su entorno son un factor vital en el apoyo o rechazo a la lactancia materna a pesar que es un acto del individuo.

La hipogalactia es una percepción propia, pero de manera más significativa proviene de terceras personas, independientemente de si el individuo emisor es mujer o ya ha tenido experiencia en la lactancia. La madre duda de sus capacidades y hace que la crisis normativa (nacimiento de hijo) se ahonde no sólo en su persona, sino sobre su entorno, pero principalmente en la relación afectiva del binomio y en su propia decisión de la práctica de la lactancia.

En la madre primigesta, las emociones negativas como la frustración, desesperación y tristeza son factores comunes durante los primeros días de lactancia. Las 48 horas solo están acompañadas por personal de salud (enfermeras).

Un factor desfavorable para la lactancia materna es la falta del apego precoz en las primeras horas de vida del recién nacido especialmente en aquellos productos de cesárea, prematuros, o con patologías sean de origen del neonato o maternas.

A pesar de la humanización del parto según la normativa del MSP, no se cumple con la misma, afectando de manera directa la continuidad de la lactancia materna.

Algunas madres trabajadoras dieron leche artificial a partir del tercer mes de nacimiento por su reintegración al campo laboral. Es palpable que muchas madres deben regresar al trabajo mucho antes de cumplir sus meses de lactancia sobretodo en el sector privado, incumpliendo con la normativa y marco legal que apoya la lactancia materna.

Un estudio en Ecuador, señala que la principal causa de abandono de la lactancia materna en Esmeraldas es el retorno a las clases o reintegración laboral.⁴²

Sin embargo, también se encontraron otras alternativas que permiten dar continuidad con el proceso de amamantamiento. Existieron madres que se realizaban extracción de la leche y la formación de su banco casero de leche materna. La información que requirieron, la obtuvieron de forma autodidacta.

Una dificultad que encontraron las madres para el proceso de extracción de leche materna fue el no contar con un lugar específico en su lugar de trabajo para un ordeño adecuado.

La mayoría de las mujeres entrevistadas no consideran aparentemente que la lactancia materna dañe su físico. Sin embargo, existen dudas fundamentadas sobretodo en su propia inseguridad ante sus cambios morfológicos y corporales. La mujer debe aceptar su nueva figura, los cambios que se produjeron y eso conlleva a que su autoestima baje y la adherencia a la lactancia materna entre en duda.

La hipogalactia no cuenta con una medición exacta o con una definición específica sin embargo puede ser de 2 tipos. La una, basada en la autopercepción de la madre, por desconocimiento y falta de consejería durante sus controles prenatales. Otras que a pesar de su preparación académica y conocer sobre la misma, tienen dudas y consideran tener poca leche. En el segundo caso, la percepción de terceros, que consideran que el niño o la niña no están satisfechos por una infinidad de razones.

El llanto del niño se considera un factor favorable para el uso de sucedáneos de la leche. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que el bebé es un ser humano totalmente dependiente y que su forma de comunicarse es el llanto por un sinnúmero de razones.

El uso de sucedáneos de la leche se ha convertido en parte de nuestra cultura. Su uso sobretodo es para “complementar” la dieta del niño o niña. O por la percepción de que el recién nacido no está aparentemente ganando peso.

Las industrias de los sucedáneos de la leche son los mayores responsables en su uso colectivo ya que invierten grandes capitales en la promoción de las leches artificiales alrededor del mundo.

El uso de la leche artificial se ha popularizado gracias a la inexperticia materna y la presión negativa de su entorno. Su marketing es a nivel de todos los medios de comunicación, engalanando las propiedades de las mismas y sus aparentes beneficios.

El momento ideal para el uso de sucedáneos es cuando la madre se reintegra a sus labores. Como vemos, existe una disrupción en el apoyo de la lactancia materna por parte del Estado ya que no garantiza su cumplimiento, a pesar de encontrarse dentro del marco legal, la normativa de Salud Pública y sobretodo dentro de los objetivos del Plan de Desarrollo y Buen Vivir.

Los periodos intergenésicos cortos o largos aumentan la probabilidad de abandono precoz de la lactancia, no sólo porque pueden presentar complicaciones obstétricas que pueden poner en peligro la vida del binomio (por ende, el apego precoz no se cumplirá, dificultando aún más el amamantamiento).

Los PIC se convierten en un problema ya que algunos mitos sobretodo provenientes del entorno materno, hacen que la madre interrumpa de manera brusca la lactancia del hijo antecesor.

Los PIL perpetúan inseguridades maternas y de su entorno, haciendo a la madre más frágil frente a las presiones para el uso de sucedáneos de la leche. Se requiere fortalecimiento de consejería sobre amamantamiento en madres con PIL.

No existe suficiente promoción de la lactancia materna a través del club de embarazadas, ya que el mismo, no tienen acogida en Picaihua por diversas razones.

La falta de información, desinterés, escasez de tiempo son las principales razones para la ausencia de un club de embarazadas en la parroquia. Cabe recalcar, que las mujeres están acostumbradas a ir acompañadas a cualquier lugar y eso también afecta de forma indirecta a la conformación del club.

No hay suficiente consejería sobre la recolección, extracción y formación de bancos de leche casera por lo que las madres prefieren eliminar la leche. Se desperdicia un producto natural, conveniente y de calidad que puede salvar la vida de un recién nacido y con ello su bienestar psicomotor a largo plazo.

Varias de las madres entrevistadas cumplen con costumbres arraigadas en nuestra idiosincrasia tales como: toma de líquidos, coladas, lácteos e infusiones para aumentar la cantidad de leche a producir con el objetivo de una nutrición adecuada de la madre y el niño.

La mayoría de mujeres entrevistadas acuden solas a los controles prenatales y reciben asesoría para su maternidad y parto de manera individual.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Las causas de abandono precoz de la lactancia materna encontradas en las mujeres de la parroquia de Picaihua comprenden dos tipos: las directas tales como el desconocimiento por parte de la madre, autopercepción de hipogalactia por parte de la madre e indirectas como periodo intergenésico, embarazo no deseado, fallo de métodos anticonceptivos entre otras. Además, se debe acotar también que los elementos que participan en la falta de continuación del amamantamiento, se pueden clasificar en individuales y del entorno.
- El uso de la entrevista semiestructurada fue una herramienta útil para el reconocimiento de las causas de abandono precoz de la lactancia materna en las mujeres de Picaihua, a pesar de ser un instrumento extrapolado para las madres en proceso de gestación y en periodo de lactancia.
- La conformación de una propuesta de actividades para su posterior aplicación es importante ya que permitirá a las futuras madres, así como las mujeres en periodo de lactancia tener una mayor adherencia a la práctica de la lactancia materna en la comunidad de Picaihua.

5.2 Recomendaciones

- ✓ Revisar las políticas y estrategias de fortalecimiento de la lactancia materna a nivel nacional
- ✓ Replantear el Plan de Sexualidad y Salud Reproductiva a través de la integración de mesas de expertos y especialistas
- ✓ Establecer nuevas estrategias eficaces y novedosas sobre salud sexual y reproductiva dirigidas principalmente a público adolescente e infantil.
- ✓ Instaurar una campaña sobre autoestima en los adolescentes y brindar apoyo y seguimiento a través de Médicos Familiares para que la constitución de un plan de vida para su futuro de forma individualizada
- ✓ Crear una campaña extensa sobre planificación familiar para mujeres y hombres en edad fértil en la comunidad de Picaihua con la colaboración de entidades públicas y privadas (trabajo intersectorial)
- ✓ Difundir mensajes cortos y de contenido, promocionando los variados beneficios de la lactancia materna a través de los medios de comunicación local.
- ✓ Formar redes de apoyo con consejeras capacitadas en la propia comunidad para que el proceso de la lactancia tenga un seguimiento y acompañamiento permanente sobretodo en las madres primigestas y adolescentes.
- ✓ Integrar club de embarazadas con las usuarias de CS Picaihua a través del trabajo articulado con el GAD parroquial e instituciones como CIBVs y CIDs

- ✓ Actualizar de forma continua los conocimientos de los profesionales de salud sobre algunas alternativas de la lactancia materna, por ejemplo: técnica de tándem, reablactación, toma a libre demanda, lactancia por intervalos entre otros.
- ✓ Enseñar cómo preparar un banco de leche materna en casa (extracción y almacenamiento) a las futuras madres y abuelas a través de talleres dirigidos por personal especializado.
- ✓ Brindar apoyo psicológico y continuo acompañamiento a la madre y su entorno durante su proceso de amamantamiento.
- ✓ Concientizar el apoyo de otras madres a progenitoras con hipogalactia o condiciones especiales por las que no puedan dar de lactar (donación).

CAPITULO 6

PROPUESTA

6.1 Tema

Disminuir las causas de abandono precoz de la lactancia materna en las mujeres de la parroquia Picaihua.

Autora: Dra. Cristina Anahí Mantilla Pazmiño

CI: 1713429619

Dirección: Ambato, Pedro Vásquez y Gabriel Barona (Izamba)

Teléfono: 0987474262

Email: maan.cada36@gmail.com

Tutora: Mg. María de Lourdes Llerena Cepeda

6.2 Antecedente de la propuesta

Al término de este estudio se indetificaron un sinnúmero de elementos que participan en el abandono precoz de la lactancia materna en la parroquia de Picaihua. Algunos factores son directos e indirectos. Tambien pueden dividirse en propios de la madre y del recién nacido y del entorno. Es importante tomar en cuenta que la presión social negativa es uno de los pilares para que el abandono de la lactancia materna se concrete. La investigación también determinó que la reinserción laboral y estudiantil facilitan el cese del amamantamiento, sobretodo por el desconocimiento de la conformacion de bancos caseros de leche materna. La percepción de la hipogalactia (tanto por parte de la madre como por terceros) se ha convertido en la piedra angular para el uso temprano de sucedáneos de la leche materna. El desconocimiento materno y la confusión de términos se transforma en una debilidad materna ya que las creencias y mitos transmitidas por su entorno se vuelven ley para la madre que se encuentra dubitativa e insegura.

6.3 Justificación

Este estudio es importante ya que en función de los dertos encontrados en la misma, es necesario plantear una propuesta que responda a las necesidades de la población, sea operativa para su ejecución y beneficiosa para las futuras madres. Ya reconocidos estos elementos, se debe fortalecer planes de acción que permitan que la colectividad en general conozca sobre el tema, basados en informacion científica y veraz, asi se disipan dudas y creencias sin contenido para que la lactancia materna perdure como práctica en cada comunidad.

Además, se debe fortalecer la asesoría sobre la lactancia materna a la madre, el padre y su familia en los diferentes momentos de la concepción: prenatal, parto y postparto inmediato. Sobretudo en el último, dando seguimiento al binomio y brindando acompañamiento a la madre en su proceso de lactancia. Las interrogantes de la madre deben ser contestadas por un profesional y de ser posible, la mujer debe estar acompañada por el padre o un familiar cercano, casi siempre, la madre o suegra de la progenitora, para de esta manera, desmitificar el amamantamiento de manera correcta desde las generaciones anteriores.

6.4 Factibilidad

La propuesta es factible ya que se cuenta con la colaboración y disposición de la Directora del CS de Picaihua así como su personal de salud. Además, de la participación activa de líderes comunitarios y la colectividad. No se requiere un presupuesto ya que las actividades propuestas son parte de planes de promoción y prevención de salud sobretudo en niños menores de 2 años y mujeres embarazadas así como postparto. Esta propuesta se realiza en pro de las madres en periodo de gestación y en lactancia de la parroquia de Picaihua así como sus vástagos. De esta manera se espera mejorar la calidad y duración de la lactancia materna dentro de los 2 primeros años de vida.

6.5 Objetivos

6.5.1 objetivo General

- Crear un plan de acción con actividades para la prevención del abandono de la lactancia materna dirigido a las mujeres embarazadas y postparto de la parroquia de Picaihua

6.5.2 Objetivos Específicos

- Fortalecer la asesoría sobre lactancia materna en los controles prenatales dirigidos a las mujeres en estado de gestación durante sus seguimientos en la Unidad Operativa de Picaihua, motivando a la progenitora en el desempeño de su rol y en la práctica de la lactancia materna
- Educar a la familia extendida de la madre sobre los mitos y creencias de la lactancia materna
- Incentivar la participación del personal sanitario en el desarrollo de actividades para la promoción de la lactancia materna

6.6 Asesoría sobre lactancia materna a la progenitora

Una madre sea primigesta o multigesta, requiere asesoría sobre lactancia materna en los diferentes momentos de su maternidad. Un primer momento, es durante los controles prenatales, ya que la futura madre debe adquirir los suficientes conocimientos teóricos para prepararse para la lactancia: cambios fisiológicos, físicos, psicológicos entre otros. Un segundo momento, viene durante el parto, donde la madre debe conocer que uno de sus derechos así como del recién nacido es el apego precoz, el contacto piel a piel y la lactancia materna temprana. Un tercer momento, es el seguimiento domiciliario al binomio donde la madre solucionará interrogante con el personal de salud, siempre y cuando la relación médico-paciente se base en la empatía, respeto y confianza.

6.7 Educación a la familia extendida y comunidad

La principal meta en la educación a la familia extendida y comunidad, es la de romper mitos y creencias sobre la práctica del amamantamiento. La lactancia materna es una destreza exclusiva de la madre sin embargo, una responsabilidad de todos. El ambiente generado por las personas del entorno materno debe ser amigable con esta práctica. Los conocimientos

sobre la lactancia deben ser del interés de la familia extendida y de todos aquellos que quieran brindar apoyo y tranquilidad a la madre en su nuevo rol.

6.8 Plan Operativo

Tabla 9. PLAN OPERATIVO DE PROPUESTA

FASES	METAS	ACTIVIDADES	TIEMPO	RESPONSABLE	RESULTADOS
VINCULACIÓN	Fortalecer el vínculo entre las mujeres embarazadas y el personal de salud	Creación de club de Embarazadas y club de padres en el CS Picaihua	Marzo 2021	Personal de Salud de CS Picaihua	Conformación de clubs de embarazadas y de Padres en Picaihua
SOCIALIZACIÓN	Colectivizar sobre la práctica del amamantamiento a las familias con niños menores de 2 años	Talleres sobre lactancia materna, charlas individualizadas o grupales para la familia extendida de la madre en proceso de lactancia	Abril 2021	Personal del CS Picaihua	Desmitificación social sobre la lactancia materna
EVALUACIÓN	Disminuir las causas de abandono de la lactancia materna en Picaihua	Análisis de resultados de la investigación precedente con la consiguiente	Diciembre 2021	Personal del CS Picaihua	Perpetuación de la lactancia materna como práctica alimenticia en los niños de Picaihua

Elaborado por: Md. Anahí Mantilla, 2020

6.9 Actividades propuestas

TABLA 10. TABLA DE ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA PREVENCIÓN DE ABANDONO DE LA LACTANCIA EN LA PARROQUIA DE PICAIHUA

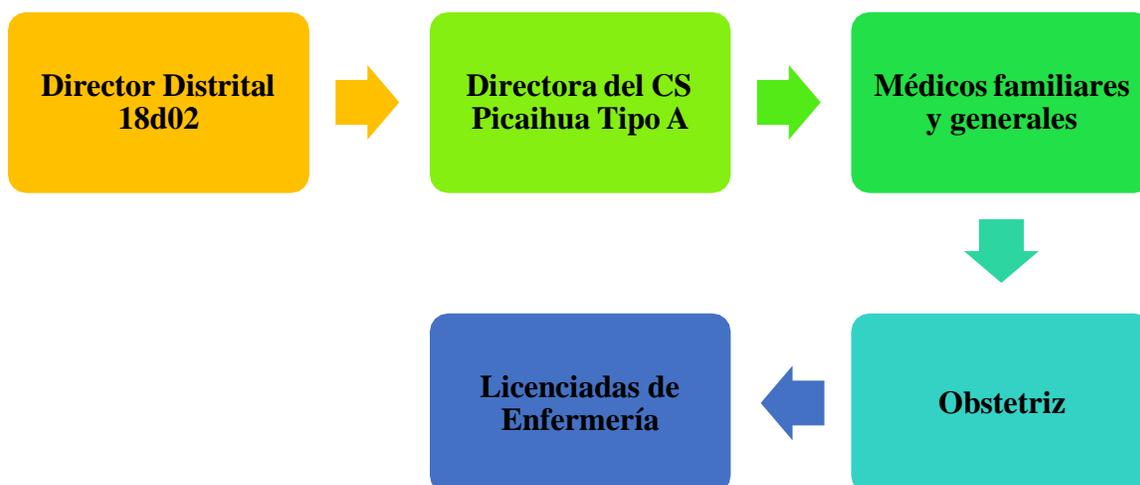
ACTIVIDADES	OBJETIVOS	TIEMPO	POBLACION	LUGAR	Recursos
Talleres de lactancia	Conocer sobre los beneficios de leche materna, técnicas, buen agarre, formación de banco casero de leche materna de forma sencilla y practica	Mensual	Mujeres embarazadas y postparto	Cs Picaihua	Humanos, proyector, sillas

Formación de club de embarazadas	Crear un espacio de apertura para las mujeres en periodo de gestación	Retorno a clases	Mujeres en proceso de gestación	Visitas domiciliarias y captación	Humanos, ficha familiar, invitaciones
Formación de club de padres	Conformar un grupo de apoyo para hombres y mujeres que van a convertirse en padres	Noviembre-Diciembre	Padres en formación	Captación durante atención a usuarias en Obstetricia	Humanos, historia clínica, invitaciones
Fortalecimiento del club de adolescentes	Vigorizar las actividades y enseñanzas de vida para los adolescentes	Mensual	Estudiantes de las instituciones educativas de Picaihua	Unidad Educativa Picaihua, Unidad Educativa Luis Felipe Borja	Computadoras, plataforma zoom, hojas A4
Seguimiento y asesoría de madres adolescentes	Dar atención priorizada a madres adolescentes así como asesorar en los diferentes cambios que se presentaran en la vida	Semanal	Mujeres en periodo de gestación	Visitas domiciliarias	Humanos, fichas familiares, historia clínica, esferográfico

Elaborado por: Md. Anahí Mantilla, 2020

6.10 Administración de la propuesta

GRAFICO 3: ADMINISTRACION DE LA PROPUESTA



Elaborado por: Md. Anahí Mantilla, 2020

6.11 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

Posterior a las actividades propuestas en este plan, se podría monitorizar a través de la aplicación de la misma entrevista después de un tiempo determinado (de 1 año a 2 años) y la comparación y análisis de resultados entre los estudios. Otra forma de monitoreo sería el seguimiento a las mujeres y familias en periodo de lactancia antes, durante y posterior a la aplicación de actividades de promoción de la lactancia materna. Se podría evaluar sus avances a través de un check list encontrando las habilidades y destrezas adquiridas por la madre y su familia, así como las dificultades que puedan presentársele.

TABLA 11. ESTRATEGIAS DE MONITORIZACION PARA LA IMPLEMENTACION DE LA PROPUESTA

ACTIVIDADES	HERRAMIENTAS	TIEMPO	PRESUPUESTO	DIRIGIDO A	METAS
Evaluación escrita sobre temas recibidos de lactancia materna	Papel, esfero	Cuatrimestral	USD 60	Mujeres en estado de gestación y postparto, familia	Conocimiento materno claro sobre conceptos y términos de la lactancia materna
Aplicación de check list durante consulta o visita domiciliaria	Papel, esfero	Trimestral	USD 30	Mujeres en estado de gestación y postparto, familia	Ejecución de buena técnica de preparación, amamantamiento, postura, buen agarre, cuidado materno
Aplicación de entrevista semiestructurada posterior a las actividades de fortalecimiento de la lactancia materna	Papel, esfero, grabadora	Anual	USD 60	Mujeres en estado de gestación y postparto	Disminución de las causas de abandono precoz de la lactancia materna en las mujeres de Picaihua

Elaborado por: Md. Anahí Mantilla, 2020

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar, M., Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente; revisión sistemática, *Nutrición Hospitalaria*, 2015 (consultado en febrero 2018); 31(2),606-620. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0212-16112015000200010
2. Becerra, F. Bonilla, L. Rodríguez, J. Leptina y lactancia materna: beneficios fisiológicos. *Revista Facultad de Medicina*, 2015 (consultado en febrero 2018); Volumen 63 (1); 119-126. Recuperado de: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.43953>
3. Carrasco-guaman, M. R., & Jimbo-mendoza, J. C. Consideraciones actuales acerca de la lactancia materna, *Polo del Conocimiento*, 2017(consultado en febrero 2018); 2(7), 996–1004. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com>
4. Comité de Lactancia Materna de la AEP Reunión de trabajo del libro Barcelona. Aspectos históricos de la alimentación del seno materno. Ed Ergón. 2004 (consultado en febrero 2018); Recuperado de: <https://mairelactancia.files.wordpress.com/2011/05/lactancia-materna-guia-para-profesionales.pdf>
5. Comité de Lactancia Materna del Hospital 12 de Octubre. Guía de Actuación en el Nacimiento y La Lactancia Materna para profesionales sanitarios, 2011 (consultado en febrero 2018); 63, 340–356. <https://doi.org/10.1157/13079817>
6. Cruz, M. Lara, V. Ortiz, S. (2013). Factores relacionados con la interrupcion temprana

de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Tulcan en el periodo enero-junio 2012.2013 (consultado en febrero 2018); Repositorio de UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/1996>

7. Loor, R. Lactancia materna incide en el desarrollo integral de niños , de los usuarios externos del Centro de Salud Tipo C Tabacundo, periodo 2017-2018. Repositorio de la Universidad Central del Ecuador. 2017 (consultado en febrero 2018); Disponible en: <https://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream>

8. Fitzsimons, E., & Vera-hernández, M. Breast feeding and the weekend effect : an observational study, 1–7. 2016 (consultado en febrero 2018); <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010016>

9. Forster, D. A., Johns, H. M., Mclachlan, H. L., Moorhead, A. M., Mcegan, K. M., & Amir, L. H. (2015). Feeding infants directly at the breast during the postpartum hospital stay is associated with increased breastfeeding at 6 months postpartum : a prospective cohort study, 2015 (consultado en febrero 2018); BMJ, 4–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007512>

10. García, I. G., Julia, I. A., Mesa, H., Indira, I., Cancino, I. T., García, I. I. G., ... Fernández, D. L. Abandono de la lactancia materna exclusiva , causas y consecuencias . Policlínico José L . Dubrocq . 2015 (consultado en febrero 2018); 1052–1060. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S1684-18242017000500005

11. Hernández, H. 2009. Genealogía histórica de la lactancia materna. Revista enfermería actual en Costa Rica.2009(consultado en febrero 2018); Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745761.pdf>
12. Hipócrates. Colección completa de las obras del grande Hipócrates, Volumen 1. s/a. Recuperado de: https://books.google.com.ec/books/about/Colecci%C3%B3n_completa_de_las_obras_del_gra.html?hl=es&id=3RgWoAjw9eIC&redir_esc=y
13. Jiang, B., Hua, J., Wang, Y., Fu, Y., Zhuang, Z., & Zhu, L. (2015). Evaluation of the impact of breast milk expression in early postpartum period on breastfeeding duration : a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015 (consultado en febrero 2018); 1–13. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0698-6>
14. Juaneda, M. Gabelas, M. 2014. La lactancia en el antiguo Egipto. 2014. (consultado en febrero 2018); Recuperado de: <https://www.casadellibro.com/libro-la-lactancia-en-el-antiguo-egipto/9788495414441/2309089>
15. Cabezas, J. Actitudes y practicas sobre el fomento de la lactancia materna en madres mestizas en el Centro de Salud N° 1.Repositorio de Universidad Técnica del Norte. 2018 (consultado en marzo 2018); 1–20. Disponible en: <http://repositorio.unt.edu.ec/handle/123456789/8664>
16. Martín-iglesias, S. Santamaría, M. J., Alonso-álvarez, A., Rico-blázquez, M., Curagonzález, I., Rodríguez-barrientosn, R.Garrido-rodriguez, F. Effectiveness of an

educational group intervention in primary healthcare for continued exclusive breastfeeding : PROLACT study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 (consultado en febrero 2018); 1–10. Disponible en: <https://ncbi.nlm.gov/m/pubmed/29482516/>

17. Chowdury, R. Sinha, B. Sankar, MJ. Taneja, S. Bhandari, N. Rollins, N. Martines, J. . Breastfeeding and maternal health outcomes : a systematic review and meta-analysis. 2015 (consultado en febrero 2018); 96–113. Disponible en <https://doi.org/10.1111/apa.13102>

18. Martínez-Galán, P., Martín-Gallardo, E., Macarro-Ruiz, D., Martínez-Martín, E., & Manrique-Tejedor, J. (2017). Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. 2017 (consultado en febrero 2018); *Enfermería Universitaria*, 14(1), 54–66. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.005>

19. Caballero, M. Orozco, N. Moreno, A. Marin, T. Tur, I. Factores que influyeron en el abandono precoz de la lactancia materna en lactantes de un Grupo Básico de Trabajo Factors influencing in the precocious breastfeeding discontinuation in nursing infants of a Basic Group of Work, 2017 (consultado en febrero 2018); *Revista Medica*, 884–893. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400004

20. Gobierno del Principado de Asturias. Guía de embarazo, parto y lactancia 2017. 2017 (consultado en febrero 2018); Disponible en: <https://www.artursalud.es/documents>

21. Oliva, J. Percepción Materna de Leche Insuficiente y Lactogénesis II: Factores de Riesgo en el Postparto temprano y Relación con el Abandono Prematuro de la Lactancia.

2017 (consultado en febrero 2018); Repositorio UCAM, 1–212. Disponible en: <https://repositorio.ucam.edu/handle/tesis>

22. OMS. Leche Insuficiente. 1996 (consultado en febrero 2018); Recuperado de: www.aeped.es/sites/default/files/4-leche_insuficiente.pdf

23. Ramón, M. Rocano, E. Lactancia materna ineficaz influenciada por factores psicosociales en madres del Centro de Salud Tarqui. 2017 (consultado en abril 2018). Repositorio de la Universidad de Cuenca. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/29652>.

24. Muñoz, L. Mora, B. Cubides, M. Rodriguez, K. Tapasco, C. Marin, G. Ocampo, L. Zapata, M. Aportes a la seguridad alimentaria a través de la lactancia materna en comunidades rurales. 2017 (consultado en febrero 2018). Artículo original. Disponible en: <https://www.scielo.org.co/pdf/rmri>

25. Porporato, M. Aspectos antropológicos de la práctica del amamantamiento. 2015 (consultado en febrero 2018); Comité de la Lactancia materna de la Asociación de Pediatría española. Recuperado de: <https://www.plataformacie.com.ar/web/enlaces-de-inter%C3%A9s/art%C3%ADculos-cient%C3%ADficos/153-historia-de-la-lactancia.html>

26. Shakya, P., Kunieda, M. K., Koyama, M., Rai, S. S., Miyaguchi, M., Dhakal, S., ... Jimba, M. Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices : A systematic review and meta-analysis. 2017 (consultado en febrero 2018). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/28510603/>

27. Ccolloque, M. Pedemonte, K. Proyecto de Validación de contenido de la Etiqueta Diagnostica Lactancia Materna Ineficaz, 2017 (consultado en febrero 2018). Recuperado de: <https://eugdspace.eug.es/xmlui/handle/123456789/443>
28. Cabedo, R. Manresa, J. Cambredo, V. Montero, L. Reyes, A. Gol, R. Falguera, G. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM. 2019. (Consultado marzo 2020). Recuperado de: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/05/54-ORIGINAL-TIPOS-LACTANCIA.pdf>
29. Muñoz, A. Dalmau, J. Alimentación del recién nacido sano. 2008. Consultado en marzo 2020. Protocolos de Asociación Española de Pediatría. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_2.pdf
30. Zavala, A. Ortiz, H. Salomon, J. Padilla, C. Preciado, R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. 2018. (Consultado marzo 2020). Revista Chilena Obstétrica y ginecológica. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/324576340_Periodo_intergenesico_Revision_de_la_literature/link/5bdca1584585150b2b996dfa/download
31. Vargas, M. Becerra, F. Balsero, SY. Meneses, YS. Lactancia materna: mitos y verdades. Rev. Fac. Med. 2020;68(4). Consultado en marzo 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfac-med.v68n4.74647>.
32. Maque, M. Maque, A. Ramos, J. Embarazo no planeado: impacto de los factores socio culturales y emocionales de la adolescente. 2017. Consultado en marzo 2020. Recuperado

de:<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/33Embarazo%20no%20planeado%20impacto%20de%20los%20factores%20socio%20culturales%20y%20emocionales%20de%20la%20adolescente..pdf>

33. Guilarte, C. Gomez, Y. Valencia, N. Garrido, D. Arguelles, J. Enfoque terapéutico desde la Medicina Natural y Tradicional para la hipogalactia materna. 2018. (Consultado marzo del 2020). Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v97n2/1028-9933-ric-97-02-270.pdf>

34. Niño, C. Vargas, L. González, N. Abandono, cambio o falla de los anticonceptivos hormonales en población universitaria. 2019. (Consultado marzo 2020). Ginecol Obstet Mex. 2019 agosto;87(8):499-505. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom198b.pdf>

35. Ministerio de Salud Pública. Política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes Ecuador 2018 – 2025. 2018. (consultado marzo 2020). Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/POLÍTICA-INTERSECTORIAL-DE-PREVENCIÓN-DEL-EMBARAZO-EN-NIÑAS-Y-ADOLESCENTES-para-registro-oficial.pdf>

36. Barbetas, T. «Hacia un nuevo modelo de paternidad? Discursos sobre el proceso de implicación paterna en la España urbana». 2017. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 159: 13-30. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.159.13>

37. López, M. Título: Los roles tradicionales de género en las relaciones de los jóvenes socializados en una sociedad formalmente igualitaria. Análisis de las prácticas y expectativas en las relaciones afectivo-amorosas y sexuales. 2018. (Consultado marzo

2020). Recuperado de: <https://ddd.uab.cat/record/195127>

38. Restrepo, H. Tobón, M. Franco, S. 2020. Banco de leche humana (BLH): una estrategia de apoyo para la atención de los neonatos. *Repert Med Cir*. Doi: <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1006>

39. Martínez L, Hermosilla M. Razones de abandono de lactancia materna en madres con hijos menores de 2 años. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2017; 15(2): 73-78. Recuperado de: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v15n2/1812-9528-iics-15-02-00073.pdf>

40. Montoya, D. López, F. Quirós, M. Agudelo, A. Sierra, M. Agudelo, D. Causas de abandono de la lactancia materna y factores de éxito para la relactación. 2019. Consultado el 20 de octubre de 2020. DOI: 10.5294/aqui.2020.20.3.6

41. Campiña, S. Duque, P. 2019. Lactancia materna: factores que propician su abandono *Archivos de Medicina (Col)*, vol. 19, núm. 2, 2019. Universidad de Manizales. Consultado el 20 de octubre del 2020. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.19.2.3379.2019>

42. Acosta, M. De la Rosa, L. 2018. Causas que determinan la interrupción de la lactancia materna exclusiva en los barrios Santa Cruz y Propicia I en Esmeraldas, Ecuador. *Revista de Salud de Camaguey*. Vol. 22, No. 4 (2018). Recuperado de: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5474/3167>

ANEXOS

Anexo 1. Cronograma modificado de trabajo por objetivos

CRONOGRAMA DE TRABAJO	2020											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Reconocer los factores psicosociales, mitos y tabúes que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna en el sector de Picaihua												
Obtener permisos éticos para la aplicación del tema de tesis de la comunidad de Picaihua												
Socializar el proceso del trabajo de investigación a realizarse a las autoridades y la comunidad												
Socializar el proceso de trabajo de investigación a realizarse al personal del Centro de Salud y la comunidad												
Actualizar el marco teórico y bibliografía de la investigación												
Recolectar datos a través de la aplicación de la entrevista y previa firma del consentimiento informado a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia residentes en Picaihua												**
Escuchar y transcribir la entrevista de cada paciente												**
Analizar las respuestas de cada pregunta												**
Interpretar las respuestas de las pacientes												**
Intervenir de forma activa para la promoción de la lactancia materna y la prevención del abandono de la misma												**
Congregar a los diferentes sectores y autoridades para la socialización de resultados del proyecto												**
Planificar estrategias de intervención de forma intersectorial (dejar recomendaciones para el fomento de la lactancia materna en Picaihua)												*

** Actividades con retraso por la no obtención rápida de permisos éticos

*Actividades que se realizaran de acuerdo al tiempo disponible de acuerdo al término del postgrado

Anexo 2. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la Doctora Cristina Anahí Mantilla Pazmiño, estudiante de Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato. La meta de este estudio es descubrir las posibles causas del abandono precoz de la lactancia materna en la comunidad de Picaihua.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 22 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los audios de las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. No recibirá ningún beneficio de tipo monetario, pero cabe recalcar que la investigación nos brindará beneficios para nuestra comunidad. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde yo le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la Dra. Cristina Anahí Mantilla Pazmiño. He sido informada de que la meta de este estudio es descubrir las posibles causas del abandono precoz de la lactancia materna en la comunidad de Picaihua.

Me han indicado también que tendré que responder algunas preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 22 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la responsable del mismo.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(En letras de imprenta)

Anexo 3. Entrevista

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (II COHORTE)
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
PROYECTO: CAUSAS DEL ABANDONO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA
EN MUJERES DE LA PARROQUIA DE PICAIHUA

Estado civil:

Viuda..... Unión libre.... Divorciada..... Casada.... Soltera....

Edad:

Número de embarazo:

Estudios: Primaria completa.... Primaria incompleta.... Secundaria incompleta....
Bachillerato.... Superior....

Año hasta que estudio:

A que se dedica:

1. ¿A qué edad se embarazó? Si es más de una ocasión, enumere las edades.
2. ¿Sus embarazos fueron planificados?
3. ¿Qué edad tiene su pequeño/a o pequeños/as?
4. ¿Qué beneficios trae la leche materna para el bebé?
5. ¿Qué significa lactancia materna exclusiva y hasta cuando se la debe mantener?
6. ¿Cumplió con la lactancia materna exclusiva con su hijo/a o sus hijos/as? ¿explique las razones?
7. ¿Alguien le ha enseñado como dar de lactar? ¿Quién?

8. ¿Recibió consejería sobre lactancia materna en donde se realizaba sus controles del embarazo? ¿Desde qué mes de embarazo se la dieron?
9. ¿Asistía al club de embarazadas de manera continua en el centro de salud más cercano a su casa? ¿Por qué?
10. ¿Le explicaron cómo preparar los pezones para dar de lactar? ¿En dónde?
11. ¿Algún trabajador de la salud le brindo consejería sobre la lactancia materna después de su parto? ¿Quién?
12. Explique qué posición es su preferida para dar de lactar. ¿Por qué?
13. ¿Cómo sabe si su bebé ha tomado suficiente leche?
14. ¿Considera que tiene suficiente leche para su bebé? ¿Por qué?
15. ¿Alguien le ha dicho que no tiene suficiente leche? ¿Quién? ¿Cómo se ha sentido al respecto?
16. ¿Qué significa lactancia complementaria y hasta cuando se la debe mantener?
17. Cumplió con la lactancia materna complementaria con sus pequeño/a o pequeños/as? ¿Cuáles fueron las razones?
18. Si le suministró leche de tarro, ¿Desde qué edad se la dio y por qué razón?
19. ¿La leche artificial es mejor que la leche materna? Si o no ¿Por qué?
20. ¿Considera que la lactancia materna ha dañado su físico? Si o no ¿Por qué?
21. ¿Le recomendaron algún tipo de bebida para que aumente la producción de leche? ¿Cuáles?
22. Funcionó la bebida que le dieron?