



**Activos de Salud que Favorecen una Lactancia Materna Exclusiva. Gualaquiza Enero a
Mayo, 2021**

Ángela Mercedes Castillo Maldonado, María Elisa Torres Correa.

Departamento de Posgrados Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad del Azuay

Dr. Federico Toral.

6 de noviembre del 2021

Dedicatoria

Dedico este trabajo al **CREADOR**, por bendecirme en cada paso, por darme la fuerza necesaria para la consecución de mis objetivos.

A mis **PADRES Y HERMANOS** por su apoyo incondicional, por su ejemplo de responsabilidad y perseverancia.

A mi hija, **SOFÍA**, mi fuente de inspiración, mi compañera de largas jornadas, porque contigo me inauguro a cada instante.

Ángela Castillo.

Dedico este trabajo investigativo y lo que atañe, en primer lugar, a Andy, el motor de mi vida. A mis papis por ser mi pilar y apoyo incondicional.

A mi esposo por motivarme a crecer, a mis hermanas y toda mi familia por su cariño y buenas vibras siempre.

A mis amigas Dianita porque sin su ayuda, este camino no hubiera iniciado; a Mari y Angie por todo lo compartido y aprendido.

María Elisa Torres

Agradecimientos

A Dios por permitirnos alcanzar este logro y darnos la oportunidad de compartirlo con nuestros seres queridos.

A la Universidad del Azuay, por abrirnos las puertas, brindarnos una formación continua, en conocimiento científicos, éticos y humanos.

A nuestro Director de tesis, Dr. Federico Toral, por su asesoría, y confianza, por brindarnos su tiempo y conocimientos para la consecución de resultados óptimos del trabajo investigativo.

A todos nuestros docentes, quienes a lo largo de estos años han cultivado conocimientos y el amor por servir y ser útil a los demás a través de una mirada integral y humana.

A nuestros amigos por su apoyo durante este tiempo de formación y hacer ameno nuestra estancia en las aulas.

Título

Activos de Salud que Favorecen una Lactancia Materna Exclusiva. Gualaquiza Enero a Mayo, 2021

Índice De Contenido

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS	3
TÍTULO	4
ACTIVOS DE SALUD QUE FAVORECEN UNA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. GUALAQUIZA ENERO A MAYO, 2021	4
ÍNDICE DE CONTENIDO	5
RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	10
PREGUNTA	11
HIPÓTESIS	11
OBJETIVOS	12
OBJETIVO GENERAL	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	13
MARCO HISTÓRICO	13
BASES TEÓRICAS	15
BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL NIÑO	15
BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE	17
BENEFICIOS COMUNITARIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.....	18
ACTIVOS DE SALUD.....	18
<i>Comunidad y Activos de Salud</i>	19
MARCO LEGAL.....	20
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	20
CONSEJO NACIONAL PARA LA IGUALDAD INTERGENERACIONAL	22
CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR	22
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.....	23
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
SUPUESTOS TEÓRICOS	25
METODOLOGÍA.....	27
TIPO DE ESTUDIO:	27
POBLACIÓN DEL ESTUDIO:.....	27
DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:.....	28
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.	28
<i>Inclusión:</i>	28
<i>Exclusión:</i>	28
RECOLECCIÓN DE LOS DATOS:	28
VARIABLES.....	29
<i>Tabla 1</i>	29
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	30

ANÁLISIS DE DATOS	31
CONSIDERACIONES ÉTICAS	31
LIMITACIONES Y RIESGOS	31
ANÁLISIS DE RESULTADOS	32
FIGURA 1	32
<i>Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según edad</i>	32
FIGURA 2	32
<i>Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según etnia</i>	32
FIGURA 3	33
<i>Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según instrucción</i>	33
FIGURA 4	34
<i>Distribución de mujeres que brindaron lactancia materna exclusiva según su estado civil</i>	34
FIGURA 5	34
<i>Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según su paridad o número de partos.</i>	34
FIGURA 6	35
<i>Distribución de mujeres con presencia de prácticas previas de lactancia materna exclusiva según número de partos anteriores</i>	35
FIGURA 7	35
<i>Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según su actitud frente a LME en Gualaquiza</i>	35
FIGURA 8	36
<i>Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según su conocimiento acerca de LME en Gualaquiza</i>	36
FIGURA 9	37
<i>Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según la presencia de redes de apoyo que favorecieron LME en Gualaquiza</i>	37
FIGURA 10	38
<i>Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según la presencia de pautas repetitivas de LME en Gualaquiza</i>	38
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS	47
ANEXOS	54
ANEXO 1	54
ANEXO 2	56
ANEXO 3	59
<i>Registro Fotográfico</i>	59

Resumen

Objetivo: Determinar activos de salud que favorecieron una Lactancia Materna Exclusiva (LME) en niños menores de un año atendidos en la consulta externa de Gualaquiza 2021.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, cuali-cuantitativo, etnográfico mixto retrospectivo para identificar activos de salud en binomio madre niño que lograron una LME. Siendo un muestreo intencional por voluntarios con todos los binomios que aceptaron participar y cumplieron criterios de inclusión. La recopilación de información fue mediante entrevista semiestructurada y aplicación de herramientas de Medicina Familiar (Familiograma y Ecomapa), para un posterior análisis cuantitativo descriptivo y cualitativo narrativo de la información.

Resultados: Se incluyó a 30 madres; la mayoría entre 19 a 32 años. Todas reportaron actitud positiva frente a LME en relación con el conocimiento de los beneficios en un total de 93% de las participantes. El 87% de mujeres refería antecedentes de pautas repetitivas familiares de LME, de igual manera se identificó que contar con redes de apoyo resulta fundamental en la permanencia de esta práctica; sea esta la pareja, la familia, personal de salud u otros.

Conclusión: Es necesario identificar los activos de salud presentes en las madres que logran una LME; para fomentarlos, potenciarlos y replicarlos. El estudio se encontró factores en común en las madres; siendo el principal, la actitud positiva frente a la lactancia, atribuible al conocimiento de los beneficios, en su mayoría adquiridos de la familia; prácticas de LME en generaciones previas, así como contar con redes de apoyo que resultan componentes sustanciales en la adherencia y mantenimiento de la práctica.

Palabras claves: Lactancia materna, Activos de salud, redes de apoyo, pautas repetitivas

Abstract

Objective: To determine health assets that favored Exclusive Breastfeeding (EBF) in children under one year seen in the outpatient clinic of Gualaquiza 2021.

Materials and methods: A descriptive, qualitative-quantitative, mixed retrospective ethnographic study to identify health assets in the mother-child binomial who achieved an EBF. Being an intentional sampling by volunteers with all the binomials that agreed to participate and met the inclusion criteria. The collection of information was through a semi-structured interview and application of Family Medicine tools (Familiograma and Ecomapa), for a subsequent quantitative descriptive and qualitative narrative analysis of the information.

Results: 30 mothers were included; the majority between 19 to 32 years. All reported a positive attitude towards SCI in relation to knowledge of the benefits in a total of 93% of the participants. 87% of women reported a history of repetitive family SCI patterns, in the same way, it was identified that having support networks is essential in the permanence of this practice; being this the couple, the family, health personnel, or others.

Conclusion: It is necessary to identify the health assets present in mothers who achieve EBF; to promote, enhance and replicate them. The study found common factors in mothers; being the main one, the positive attitude towards breastfeeding, attributable to the knowledge of the benefits, mostly acquired from the family; SCI practices in previous generations, as well as having support networks that are substantial components in the adherence and maintenance of the practice.

Keywords: Breastfeeding, Health assets, support networks, repetitive patterns

Translated by


María Elisa Torres C.


Language Unit

Introducción

La lactancia materna se ha transformado en un indicador fundamental del grado de bienestar de una sociedad. La Organización Mundial de la Salud estima que mundialmente podrían millones de vidas infantiles al año si cada una de las madres alimentaran exclusivamente con leche materna los primeros 6 meses de vida (2016).

La lactancia materna es un acto natural e instintivo en varias especies, pero paralelamente resulta ser un comportamiento aprendido. Por lo tanto, madres requieren apoyo activo para empezar y conservar prácticas apropiadas de lactación materna.

El proceso de identificación de activos de salud, es decir recursos que tiene una persona o sociedad para la optimización de su salud y calidad de vida; involucra la conexión de la información con la acción y entre sus finalidades esta producir espacios de dialogo comunitario sobre todo con las mujeres para esclarecer dudas e identificar determinantes que influyeron en la lactancia materna exitosa y con ello afianzar, promocionar y mejorar dicha práctica.

Este es el punto de partida del enfoque salutogénico y los activos de salud, que generalmente son inadvertidos. De ahí nace la necesidad de conocer las riquezas de la sociedad para implantar procesos de desarrollo, una vez señalados los indicadores y determinantes sociales de la salud. Mediante un procedimiento de visibilización y explicación de las riquezas y fortalezas, del patrimonio de la sociedad, el mapeo de recursos sobre activos en salud es más que una herramienta de recolección de datos, es un proceso en que las féminas y la sociedad en sí empiezan a encontrar componentes positivos y a trenzar una red de interacciones y apoyo mutuo, que converge en proyectos que mejoran la calidad de vida y promocionan la salud. (Hernán M, Morgan A. y Mena A. 2010)

Planteamiento del Problema y Justificación

La lactancia materna óptima de los menores de 2 años de edad tiene más implicaciones potenciales sobre la supervivencia de los chicos que cualquier otra participación preventiva, debido a que puede evadir 1,4 millones de muertes de infantes menores de 5 años en el planeta en desarrollo (The Lancet, 2008).

Los niños que reciben leche materna de forma exclusiva poseen menor riesgo de contraer diarrea y neumonía y 14 veces más probabilidades de sobrevivir que los niños que no reciben leche materna. Si bien las tasas de lactancia materna no son las mismas en todo el mundo y muchas naciones han experimentado un crecimiento relevante en la última década, solamente el 38% de los chicos de menos de 6 meses de edad en el planeta en desarrollo reciben leche materna exclusivamente y únicamente el 39% de los chicos de 20 a 23 meses edad se benefician de la práctica de la lactación materna. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Según Campoverde Vaca, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva es más significativa en el sector rural (53,9 %), en comparación con el sector urbano (39,6 %). En la zona Andina más niños reciben LME (52,9 %) que en la costa (25,4 %). Un 71,6% de madres amerindias amamantan a sus hijos mientras que solo el 34,5 % de madres mestizas lo hacen (2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna como una forma de proporcionar un alimento idóneo para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes (2016).

El informe de la encuesta demográfica y de salud materna infantil (Endemain), hecha en el 2012, sugiere que en Ecuador el 43,8 % de chicos menores de 6 meses reciben lactación materna única.

La lactación materna es un acto natural, pero simultáneamente es un comportamiento aprendido. Varias indagaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores requieren apoyo activo para comenzar y conservar esta práctica.

Vera y Guerrero en su estudio realizado en la ciudad de Cuenca reportan que el nivel de conocimiento en madres adolescentes sobre LM fue nulo en un 55% y malo en un 19%, esto en concordancia con la bajo prevalencia de esta práctica en dicho grupo etario (2013).

El fin de este análisis es conocer los activos de salud que favorecen una lactancia materna única y a futuro y tras la investigación respectiva de los datos logrados afianzar conocimientos sobre activos de salud y promocionarlos a gran escala.

Pregunta

¿Cuáles son los activos de salud que favorecen una lactancia materna exclusiva?

Hipótesis

La presencia de los Activos de salud biológicos, psicológicos y sociales en el ámbito individual, familiar y comunitario favorecen una lactancia materna exclusiva.

Objetivos

Objetivo General.

Determinar activos de salud que favorecieron una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, en niños menores de un año de edad atendidos en la consulta externa de Gualaquiza en el periodo de enero a mayo de 2021.

Objetivos Específicos.

- Describir factores socio demográficos de las madres que brindaron una lactancia materna exclusiva.
- Conocer actitudes y conocimientos sobre lactancia en las madres.
- Reconocer pautas repetitivas en relación a lactancia materna mediante genograma.
- Identificar las redes de apoyo presentes que influyeron para el desarrollo de una lactancia materna exclusiva.

Marco Teórico de la Investigación

Marco histórico

Históricamente la leche materna ha sido el único alimento que el recién nacido ha podido tomar para sobrevivir (Riverón Corteguera, 1995), convirtiendo la lactancia materna en una actividad cultural que afecta a las mujeres en función de las creencias, clase social y nivel educativo entre otros. (Hernández Gamboa, 2008)

Parte1: de la Prehistoria al cristianismo.

Egipcios a. C.

Desde los tiempos egipcios se encuentran descripciones de la lactancia materna, grabados en papiros y en piedra, donde se observan los rituales y los dioses que acompañaban el momento del nacimiento y la lactancia materna. Desde estos tiempos las mujeres de la alta sociedad podían recurrir a otras mujeres, a las que se alquilaba (madres de leche o nodrizas) a cambio de su servicio, asumiendo el papel de auténticas profesionales, porque así eran consideradas realmente. (Becerra Bulla et al., 2009)

El código de Hammurabi 1800 A.C. tenía dentro regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban al hijo de otra dama por dinero (la ingesta de alimentos al pecho se debía ofrecer por un mínimo de 2 años hasta un mayor de 4 años).

En China, el Emperador Amarillo, ordenó un libro denominado "Estatuto de la medicina" que establece que la lactancia materna debe realizarse durante al menos dos años después del nacimiento o hasta que nazca un nuevo bebé. (Aguilar, 2004)

Parte2: del siglo I al siglo XVII.

A partir del siglo VI, especialmente, entrada la Edad Media, empiezan a encontrar

documentos en los que hay dos cambios significativos. El primero, muy conocido desde la prehistoria, donde se considera la lactancia como importante para el crecimiento y desarrollo del bebé y se introduce la función de las nodrizas las cuales podían amamantar niños que no eran los suyos en casos puntuales (enfermedad o ausencia de la madre) de manera directa o utilizando tetinas o biberones bien lavados, factor que incidió directamente en la disminución de la mortalidad materna por infecciones.(Hernández Gamboa, 2008)

Parte 3: del siglo XVIII a la actualidad.

Posterior a la segunda guerra mundial el papel de las nodrizas pierde notoriedad, esto en concordancia con la aparición del virus de inmunodeficiencia humana, en donde se considera que la leche materna estaría en relación con la presentación de enfermedades infectocontagiosas y transmisibles, con lo cual los sucedáneos de la leche tienen un apogeo inicial.(Hernández Gamboa, 2008)

A lo largo de la historia ha estado presente la lactancia materna y a su vez la intención de sustituirla con leche de animales o preparaciones magistrales, lo cual tuvo su auge en 1900. Latinoamérica y sus culturas pre hispánicas consideraban la importancia de amamantar; existiendo creencias, prácticas y tradiciones para evitar la pérdida de leche en la madre, utilizando secreta gogos para su prolongación en el tiempo, así mismo reporte de rituales para el destete entre la edad de 2 a 3 años en promedio. Por otra parte, al revisar la literatura es llamativo que en algunos pueblos de Perú evitan amamantar en las primeras horas o incluso días de vida por creencias en torno a los perjuicios del calostro para el bienestar del niño. (Camino,1996)

Es en las últimas décadas cuando gracias a la intervención de grupos de apoyo (Liga de la Leche, IBFAN), organismos internacionales (OMS/UNICEF) y, posteriormente educación de profesionales sanitarios en cuanto a beneficios de LME, que en varios países empieza a ocurrir

un repunte en la prevalencia de índices de lactancia. (Osorno, 2005)

Bases Teóricas

Lactancia materna exclusiva (LME), definida como la alimentación del lactante sólo con leche materna sin inclusión de sólidos ni otros líquidos ha demostrado ser el mejor y único alimento que el niño requiere durante los primeros 6 meses de vida.

Según la OMS (2016) “La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres.”

La Organización Mundial de la Salud recomienda la Lactancia Materna Exclusiva (LME) durante seis meses, la introducción de alimentos complementarios apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna parcial (LMP) hasta los 2 años de edad o más en contextos de pobreza.

Beneficios de la Lactancia Materna para el Niño

La práctica de lactancia materna durante los primeros meses y años de vida ha demostrado ser un factor importante para prevenir la aparición de enfermedades a corto plazo como las infecciones, hasta aquellas crónicas que se presentan en el transcurso de la vida como la diabetes, obesidad o ciertos tipos de cáncer. Además, ayuda a prevenir la malnutrición, desde la desnutrición crónica, que en Ecuador asciende al 25.3%, hasta la obesidad y sobrepeso, que llega al 62,8% en adultos (de 19 a 60 años) según la ENSANUT 2012(Ríos-Saavedra et al., 2018)

Dentro de los principales beneficios de la lactancia materna exclusiva para el niño tenemos:

- Disminuye riesgo de enfermedades infecto contagiosas

Durante los primeros meses de vida, los oligosacáridos de la leche materna (HMOs) aportados por la leche materna participan en procesos asociados con la maduración de tejidos y sistemas del tubo digestivo, modulan algunos de sus procesos metabólicos y ejercen efectos prebióticos y antimicrobianos. Otros efectos estudiados son su contribución a la instalación, desarrollo y estimulación de la microbiota residente con predominio de *Bifidobacterium* y *Bacteroides*, con efectos protectores frente a posibles colonizaciones o patologías por enteropatógenos (bacterianas, virus o parasitarias) que pueden actuar nivel local en el tubo digestivo, pero también pueden influir a nivel sistémico. Los HMOs modularían el desarrollo de la inmunidad innata y adaptativa, y probablemente previenen el desarrollo de fenómenos de atopia/alergia. (Materna & Milk, 2019)

- Rol protector contra la obesidad, hipertensión, dislipidemia y diabetes mellitus (DM) tipo 2 durante la adultez.

Aunque existen controversias, la LM tendría un rol protector contra la obesidad, hipertensión, dislipidemia y diabetes mellitus (DM) tipo 2 durante la adultez. Las tasas de obesidad son significativamente menores en lactantes alimentados con LM. Existe un 15 a 30% de reducción del riesgo de obesidad durante la adolescencia y adultez si existió alimentación con LM durante la infancia, comparado con aquellos no amamantados. La duración de la lactancia está inversamente relacionada con el riesgo de sobrepeso, cada mes extra de lactancia se asocia con un 4% de disminución del riesgo. (Brahm & Valdés, 2017)

- Niños amamantados por 6 meses y/o más tienen menor riesgo de presentar leucemia.

- La lactancia materna constituye un factor protector contra enterocolitis necrotizante.
- El desarrollo cognitivo es mayor en aquellos niños amamantados comparado con aquellos alimentados con fórmula.

En los niños amamantados se describen mejores niveles de función cognitiva a los 6-23 meses que en los que recibieron LA, y esta diferencia es más llamativa si se analizan los bebés prematuros.

Cuanto más tiempo ha sido amamantado el bebé, mayores son los beneficios del desarrollo cognitivo.(Cañamero Pascual I, 2017)

Beneficios de la lactancia Materna para la Madre

La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de depresión postparto, reduce el riesgo de cáncer de ovario.

Nuevos estudios señalan el papel de la Lactancia materna en los procesos preventivos de enfermedades de gran impacto biológico, psicológico y social. La lactancia materna no solamente tiene beneficios para el infante, sino que también para la madre, en tanto que se la ha relacionado con la activación de cadenas de señalización de leptina, las cuales disminuyen los riesgos de enfermedades como hipertensión, obesidad, cáncer y depresión, entre otras.(Becerra Bulla, 2015)

En lo referente al aspecto psicológico destaca la vinculación del binomio madre-niño. Y según lo referido por la OPS (2020), un período más prolongado de lactancia materna también se asocia a una mayor capacidad de respuesta materna y a la seguridad emocional que brinda el vínculo.

Así mismo en el aspecto biológico el portal de la OPS 2020 describe que las mujeres que no amamantan presentan un riesgo 4% más alto de padecer cáncer de mama y 27% mayor de cáncer de ovario.

[...] Períodos de baja exposición a estrógenos durante la lactancia podría ser un mecanismo que explique la reducción del cáncer mamario, debido a que los estrógenos están estrechamente implicados en la carcinogénesis del cáncer mamario. [...] Otro mecanismo podría ser el hecho que la lactancia podría ayudar a reducir el peso pregestacional[...] (Rojas Camayo, 2013)

Beneficios Comunitarios de la Lactancia Materna

En lo relacionado a los beneficios que propone a nivel comunitario y económico, aumentando los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente.

[...] Existe un ahorro por una disminución del gasto del estado en fórmulas lácteas, un menor costo neto de los alimentos familiares[...] Si se alcanzaran tasas de un 75% de LM al alta hospitalaria y de un 50% de las diadas a los 6 meses post parto, se podrían ahorrar U\$3,6 mil millones. (Brahm & Valdés, 2017)

Activos de Salud

“Un Activo de Salud se puede definir como cualquier factor o recurso, que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades, de las poblaciones para mantener la salud y el bienestar” (Morgan A. & Sigilo E. 2007).

El enfoque del modelo de activos para la salud se caracterizan por centrarse en los factores de protección y promoción es decir un método positivista; desde la práctica de identificar el conocimiento o factor ya existente y a reunir recursos hacia un nuevo

conocimiento; promover un enfoque del curso vital para comprender los activos clave en cada fase de la vida; centrarse en la necesidad de implicar a jóvenes y comunidades en todos los aspectos del proceso de desarrollo de la salud; reconocer que muchos de los activos clave para crear salud se encuentran dentro del contexto social de las vidas de las personas y por tanto orienta con la oportunidad de contribuir a equilibrar las desigualdades de salud (Hernán M, Morgan A. Mena A.. 2010).

El estudio de los activos de salud vincula la información clásica de los indicadores de salud con las distintas actuaciones comunitarias. Esta situación de partida complementa la visión del modelo tradicional del déficit con el enfoque salutogénico y de activos en salud. (Botello et al., 2013)

- Se centra en los factores de protección y promoción de la salud positiva para la creación de salud más allá de la prevención de la enfermedad.
- Ayuda a reconstruir el conocimiento existente y a reunir nuevo conocimiento para facilitar la promoción de enfoques para la salud positiva, el bienestar y el desarrollo.
- Promueve un enfoque del curso vital para comprender los activos clave en cada fase clave de la vida.
- Se centra en la necesidad de implicar a jóvenes y comunidades en todos los aspectos del proceso del desarrollo de la salud.
- Reconoce que muchos de los activos clave para generar salud se encuentra en los contextos sociales de las vidas de las personas y por tanto cuenta con la oportunidad de contribuir a equilibrar las desigualdades en salud.

Comunidad y Activos de Salud

El sentir de la comunidad resulta fundamental para la identificación y determinación de

activos de salud, considerándose que la diferencia entre un recurso que no genera salud y otro que sí lo hace (activo de salud), se centra en la importancia y connotación de valía que le atribuye la comunidad.(O. Suarez et al., 2014)

Por lo antes expuesto resulta sumamente importante el conocimiento y empoderamiento en activos de salud presentes a nivel individual, familiar y comunitario.

Marco Legal

Organización Mundial de la Salud

En 2012, la resolución 65.6 de la Asamblea Mundial de la Salud respaldó un Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño donde se fijaron seis metas mundiales de nutrición para 2025. El presente documento normativo se refiere a la quinta de esas metas: incrementar hasta al menos un 50% la tasa de lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses. El objeto de este documento normativo es reforzar la atención, la inversión y la acción en una serie de intervenciones y políticas costosas que puedan ayudar a los Estados Miembros y sus asociados a mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses. [...]

Aumentar la escala de los esfuerzos para incrementar las tasas de lactancia materna exclusiva requiere actuar en diferentes niveles: los sistemas de salud, las comunidades y las políticas. Los datos probatorios muestran que los países cuyas políticas y programas se ajustan más a las recomendaciones de la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) son los que más éxito tienen a la hora de incrementar las cifras de lactancia materna exclusiva. Es importante crear un entorno facilitador mediante las políticas y la legislación. [...]

Los países deben aplicar políticas que protejan la lactancia materna y apoyen a las madres en sus esfuerzos por alimentar a sus hijos mediante lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses. Los datos probatorios muestran que un permiso de maternidad más largo se asocia a una mayor duración de la lactancia materna exclusiva, aunque sus efectos pueden ser limitados en países donde las mujeres trabajan en gran medida en el sector de la economía informal. Un permiso de maternidad remunerado de seis meses permite a las mujeres mantener la lactancia materna durante más tiempo sin tener que elegir entre obtener ingresos o proporcionar la mejor nutrición a su hijo lactante. [...]

Otra medida de política crucial se refiere a aprobar, hacer cumplir y vigilar leyes relativas al Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y las resoluciones relevantes posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud con el fin de proteger la lactancia materna garantizando el uso, promoción y distribución adecuados de los sucedáneos de la leche materna. Esto incluye la prohibición de cualquier promoción de sucedáneos de la leche materna, biberones (mamaderas) y tetinas. Los países que cuentan con una legislación sólida contra la comercialización inadecuada de sucedáneos de la leche materna y la hacen cumplir rigurosamente presentan tasas superiores de lactancia materna exclusiva. [...]

Por consiguiente, la legislación, vigilancia y control del cumplimiento del Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna deben implicar a los órganos legislativos y de gobierno responsables de negociar y defender los acuerdos comerciales y de regular el etiquetado y la publicidad. (OMS, 2017)

Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional

Diversos instrumentos normativos nacionales e internacionales como la Convención sobre los Derechos del Niño – CDN, la Constitución de la República del Ecuador – CRE, el Código de la Niñez y Adolescencia – CONA, la Ley Orgánica de Salud – LOS y la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, establecen que la lactancia materna es un derecho fundamental de las niñas y niños para garantizar su supervivencia y constituye el medio más idóneo para asegurarles una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo. También es un derecho fundamental de las mujeres contar con las condiciones necesarias para proveer la lactancia a sus hijas e hijos. [...]

La Convención sobre los Derechos del Niño. Dispone en su artículo 24, acápite 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”. [...]

Constitución de la República del Ecuador

Constitución de la República del Ecuador. En su artículo 43 dispone la protección y el derecho que tienen las mujeres embarazadas, las madres en período de lactancia, con el fin de salvaguardar su seguridad. Código de la Niñez y Adolescencia. En su artículo 24 establece que niño y niña, “[...] tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo.” y con obligatoriedad, los establecimientos de salud públicos y privados deben desarrollar programas con el propósito de estimular, promover e impulsar la lactancia materna.

La Ley Orgánica de Salud. En su artículo 17 dispone a 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”. Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna. En su artículo 1 establece que: “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”

Ministerio de Salud Pública

Art. 18.- El personal de salud debe informar a todas las madres de los beneficios y manejo de la lactancia materna, para lo que se les deberá brindar asesoría durante el período prenatal, el parto y el posparto inmediato, principalmente en los siguientes temas: lactancia materna y prácticas que la favorecen, apego inmediato, alojamiento conjunto, alimentación en caso de madre VIH positivo y otras contraindicaciones de lactancia materna. [...]

Art. 21.- En el establecimiento no se deberá dar al recién nacido alimento o líquido que no sea leche materna, salvo que estén médicamente indicados. Para el efecto, el personal de salud deberá:

- a) Promover la leche materna como único alimento para el recién nacido.
- b) En caso de que la madre decida no amamantar, se deberá analizar con ella las alternativas de alimentación para ayudar a decidir lo más adecuado en su situación, de forma que no se vulnere este derecho para los recién nacidos.
- c) Prohibir el uso de agua glucosada, suero oral y/o sucedáneos de leche materna para probar tolerancia. Se entiende como sucedáneo de la leche materna a todo

alimento comercializado o presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin. [...]

Art. 26.- En el establecimiento de salud se cumplirá con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, lo que implica:

b) No permitir el contacto directo de representantes de la industria de sucedáneos de leche materna, biberones y/o chupones, con mujeres embarazadas o madres.

c) No entregar a ninguna embarazada, madre o familiar material de propaganda, muestras gratis o paquetes de regalo que incluyan sucedáneos de leche materna, biberones y/o chupones.

d) Prohibir en el establecimiento de salud toda publicidad, patrocinio o promoción de la industria de sucedáneos de leche materna, biberones y/o chupones.

e) En caso de alimentación con sucedáneo de la leche materna justificado por razones clínicas o si la madre lo decide, los envases de fórmula y biberones se deberán mantener fuera de la vista del público. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016)

Antecedentes de la Investigación

En todo el mundo, los niños menores de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva (LME) no llegan a 40%. En España, la prevalencia para las primeras 6 semanas de vida es de 66,2%, para los 3 meses es de 53,6% y para los 6 meses es de 28,5%; mientras que países como Reino Unido, Estados Unidos, Irlanda y Francia muestran prevalencias inferiores (15% a 43% a los 3 meses; 0,2% a 14% a los 6 meses). (Ledesma et al., 2017).

En lo que se refiere a países pobres; la OMS estima que, de un total de 94 países, el 65%

de la población de niños menores de 12 meses presenta una tasa de LME entre 0 y 4 meses de alrededor del 35%. En todas las zonas pobres las tasas de inicio son muy altas, frecuentemente cercanas al 100%. Lo que llama la atención, son las tasas tan bajas que hay de LME en los primeros 6 meses de vida del bebé. (Aguilar Cordero, 2005).

En 2014, de acuerdo a la Encuesta de Condiciones de Vida – ECV, el 46,4% de niñas y niños recibieron como único alimento leche materna durante los 6 primeros meses de vida. Para 2018, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT reporta que el consumo de leche materna aumentó al 62,11% de niños y niñas. Lo que implica un incremento anual del 3,9% entre los años 2014 y 2018. (Fernández, 2011)

La mayor incidencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida se presenta en los pueblos y nacionalidades indígenas, representando el 84,2%; seguida por los pueblos afroecuatorianos, negros y mulatos con el 70,2%. Mientras que los niños y niñas con identificación mestiza y blanca representan el 59,4% y 41,2%, respectivamente. (INEC, 2018).

Supuestos Teóricos

Una revisión sistemática de intervenciones, para la promoción y practica de lactancia materna, que incluyo 110 estudios, determinó que la educación sanitaria y de apoyo a la madre, aumentan los porcentajes de lactancia materna exclusiva (LME) y disminuyen la proporción de lactantes que no reciben lactancia materna al nacimiento, en menores de un mes y entre uno y cinco meses.(Benito Herreros, 2016)

Los factores demográficos maternos condicionantes de la LM coinciden con hallazgos previos. Estos resultados sugieren que las madres que recibieron educación prenatal, información y apoyo en la LM durante el puerperio, estaban más motivadas para amamantar,

que las que dieron lactancia artificial.

En el estudio prospectivo de Woolhouse et al. (2016) en Australia, de 1507 mujeres que dieron a luz en hospitales públicos el tener menor edad y menor nivel educativo estuvo asociado con falta de lactancia a los 6 meses. En la India, se determinó que la edad materna por debajo de los 20 años constituía un factor de riesgo para cesación temprana de la lactancia (Chudasama et al., 2009), mientras que en Nueva Zelanda (Castro et al., 2017) encontraron que las madres de entre 20 y 29 años de edad tenían mayor probabilidad de amamantar más allá de los 6 meses.

“El 77% de las madres indígenas practican la lactancia exclusiva hasta antes de los meses, en el caso de las madres afro ecuatorianas y las autodenominadas montubias, presentan prevalencias más bajas, de 38.6% y 23%, respectivamente” (ENSANUT, 2014).

El destete muchas veces está relacionado con percepciones maternas más que con datos objetivos. Variables sociodemográficas influyen en una lactancia exitosa. Mayores educaciones en controles de salud mejorarían esta situación.

En relación a lo anterior, otros autores encontraron que el 86 % de un grupo de madres consideraron a su familia como fuente de apoyo para la lactancia superando el porcentaje respecto a los profesionales de la salud con un 14%. (Losa et al, 2013) (Moteban, 2018)

Existe una relación entre la intención y la probabilidad de la madre de amamantar a su hijo con la preferencia de su familia por leche materna y con el hecho de que la madre hubiera sido amamantada en su etapa de lactante con un Odd Ratio que muestran una asociación positiva estadísticamente significativa (Palomares et al, 2015)

Otros autores encontraron que el 86 % de un grupo de madres consideraron a su familia como fuente de apoyo para la lactancia superando el porcentaje respecto a los profesionales de la salud con un 14% (Losa et al, 2013)

En este contexto la LME, constituye un activo de salud fundamental para mantener y mejorar la salud y bienestar de nuestras comunidades, pero resulta además importante conocer cuáles son los activos de salud tanto individuales, familiares y comunitarios que pueden favorecer a una lactancia materna exclusiva, para mediante el enfoque salutogénico lograr identificar factores protectores para evitar el uso de sucedáneos y el abandono temprano de la lactancia materna.

Metodología

Tipo de Estudio:

Descriptivo, enfoque cuali-cuantitativo, diseño etnográfico mixto retrospectivo. En donde se describió los activos de salud presentes en binomio madre niño que lograron una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, aplicado en niños menores de un año de edad.

Población del Estudio:

Madres de niños menores de 1 año, que cumplieron lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida.

De un total de 82 niños entre 6 a 12 meses de edad que se atienden en el centro de salud Gualaquiza, sus madres indicaron que solo 38 recibieron lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida.

Descripción de la Muestra:

Muestreo intencional con voluntarios. Se incluyó en el estudio todos los binomios madre/niño (niños menores de un año) atendidos en el centro de salud Gualaquiza que cumplieron los criterios de inclusión y que aceptaron participar. De los 38 binomios, solo 30 madres aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio.

Criterios de Inclusión y Exclusión.***Inclusión:***

- Todas las madres cuyos niños menores de un año de edad recibieron lactancia materna exclusiva durante sus primeros 6 meses de vida.

Exclusión:

- Madres que cumplen con los criterios de inclusión y no desean participar en el presente estudio.

Recolección de los Datos:

Se recolectó información mediante entrevista semi-estructurada usando un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, que respondió la materna en una sesión, mediante videoconferencia a través de la aplicación zoom o WhatsApp, mediante llamada telefónica y de manera presencial en una visita domiciliaria en el contexto de la pandemia del Covid-19. Además, se aplicó herramientas de medicina familiar como el Genograma y el Ecomapa elaborados de manera manual al momento de la entrevista.

Variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	TIPO DE ESCALA	INDICADORES
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Edad cronológica que refiera la mujer en la entrevista	Cuantitativa	discreta	<ul style="list-style-type: none"> ● Menor de 15 años. ● 15 a 35 ● Mayor a 35
ETNIA	Conjunto de personas que pertenece a una misma comunidad lingüística y cultural	Grupo social, o comunidad que indique la entrevistada pertenece.	Cualitativa.	nominal	<ul style="list-style-type: none"> ● Indígena ● Blanca ● Mestiza. ● Afroecuatoriana.
INSTRUCCIÓN	Período de tiempo que una persona asiste a un sistema de educación formal, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria	Grado académico hasta el cual ha cursado la mujer y que responda durante la encuesta aplicada	Cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> ● Sin estudios ● Primaria ● Secundaria ● Superior
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Condición actual de la mujer en cuanto a la conveniencia o no de una actual pareja	Cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> ● Soltera ● Unión libre ● Casada ● Divorciada ● Viuda
CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA	Indicaciones individuales sobre lactancia materna sugeridas por profesionales expertos.	Orientación sobre lactancia materna por profesional entendido en la materia	Cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> ● Ninguno (desconoce) ● 1 – 2 (conocimiento escaso) ● 3 o más (conocimiento bueno)
PARIDAD Y LACTANCIA	Número de partos con hijo vivo provenientes de una mujer como producto de la concepción.	Cantidad de hijos consanguíneos de cada una de las mujeres de la población de estudio, referidos al momento de la entrevista y a cuantos amamanto	Cuantitativa	discreta	Número de hijos <ul style="list-style-type: none"> ● Cuanto fueron amamantados
ACTITUD FRENTE A LACTANCIA	Percepción de la lactancia materna.	Importancia que la da la entrevistada a la lactancia materna	Cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> ● Importante ● No importan te
REDES DE APOYO	Es una estructura que brinda algún tipo de contención a algo o alguien.	Presencia de personas o instituciones que resultan un apoyo para el binomio madre niño.	Cualitativo	nominal	<ul style="list-style-type: none"> ● Ausentes (ninguna) ● Débiles (una) ● Fuertes (dos o más)
PAUTAS REPETITIVAS DE LACTANCIA EXITOSAS	Hechos o conductas que se repiten entre las diferentes generaciones familiares respecto a aptitudes y actitudes sobre lactancia materna exclusiva	Práctica de lactancia materna exclusiva en otros miembros de la familia y/o en diferentes generaciones valorado en el genograma de la entrevistada.	Cualitativa	nominal	<ul style="list-style-type: none"> ● Si (1 o más) ● No (ninguno)

Técnicas e Instrumentos

- Se utilizó la entrevista y encuesta de manera personal o por videoconferencia o llamada. (ANEXO 1).
- Instrumentos de Medicina familiar-Familiograma, Ecomapa.

Familiograma

Es la representación gráfica por medio de una herramienta que registra información acerca de composición y/o estructura de una familia (genograma estructural) y las colaboraciones y/o funcionalidad entre sus miembros (genograma relacional), de al menos 3 generación”.

Ecomapa

El Ecomapa representa un panorama del núcleo familiar y su situación gráfica, conexiones relevantes que nutren las interrelaciones, la carga conflictiva entre el núcleo familiar y su mundo, muestra el flujo de los recursos, las pérdidas y de privaciones. El método de hacer un dibujo el mapa, destaca la naturaleza de las interfaces y puntos de vista de problema que se tienen que mediar, los puentes que se debe edificar y los recursos que se tienen que buscar y cambiar

- Materiales a usarse: Computadora, teléfonos celulares, papel y lápiz.

Se realizó la validación de los instrumentos descritos a través de un plan piloto, a fin de alcanzar mayor fiabilidad y consistencia del trabajo, así como para obtener un referente de la comprensión del contenido de los instrumentos aplicados por parte de las participantes.

No se encontró dificultades de comprensión significativas por lo que se decidió, utilizarlas como documentos definitivos.

Análisis de Datos

Una vez recolectados los datos se procedió a la tabulación de los mismos. Para el análisis de la información se exportó ésta, al programa Microsoft EXCEL versión 2017, además del software de genealogía GenoPro 2011; para el análisis cualitativo de los datos obtenidos sobre lo que las madres. Refirieron en cuanto a pautas repetitivas en prácticas de LME y redes de apoyo, se realizó mediante la organización, categorización y análisis de la narrativa expuesta por las pacientes. De esta forma se plasma los datos obtenidos mediante representaciones gráficas y exposición de la narrativa en un orden que responde a los objetivos planteados, de manera que sea comprensible e interesante para el lector.

Consideraciones Éticas

Todas las participantes previas a la entrevista y posterior a la explicación del proceso investigativo, firmaron un consentimiento informado de forma presencial (mínimo tiempo de contacto) (Anexo 2), se cuidó el anonimato registrando los formularios con números arábigos en vez de nombres.

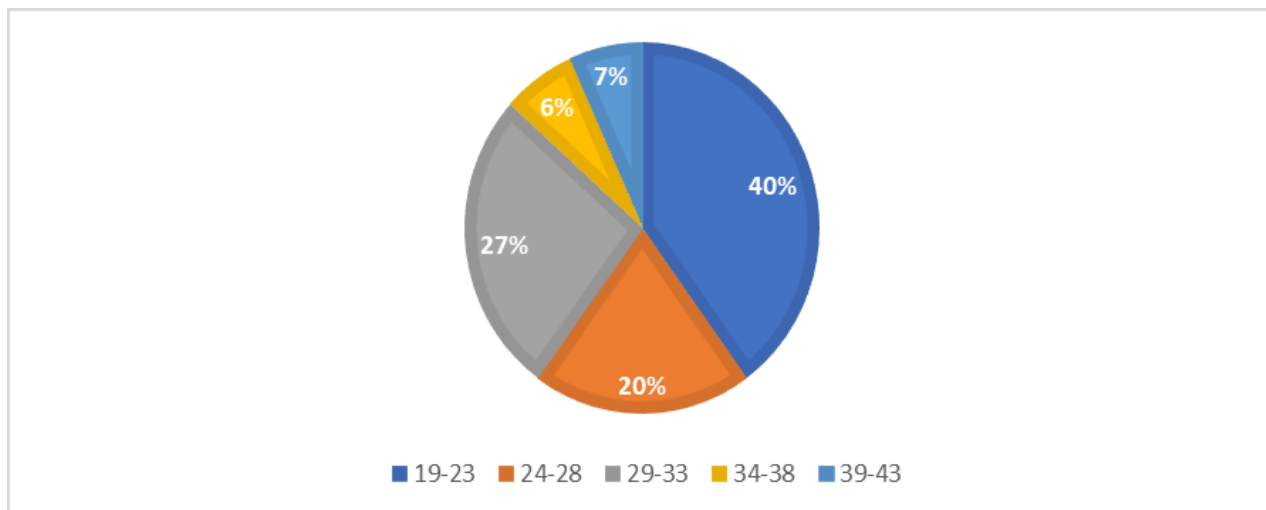
Limitaciones y Riesgos

En el contexto de la pandemia del Covid-19 existieron limitaciones para recolectar la información, pues la medida de distanciamiento social y el potencial riesgo de contagios influyó en la apertura a las entrevistas de modalidad presencial, por lo que se optó por medios electrónicos (zoom o WhatsApp) para la realización de la entrevista.

Análisis De Resultados

Figura 1

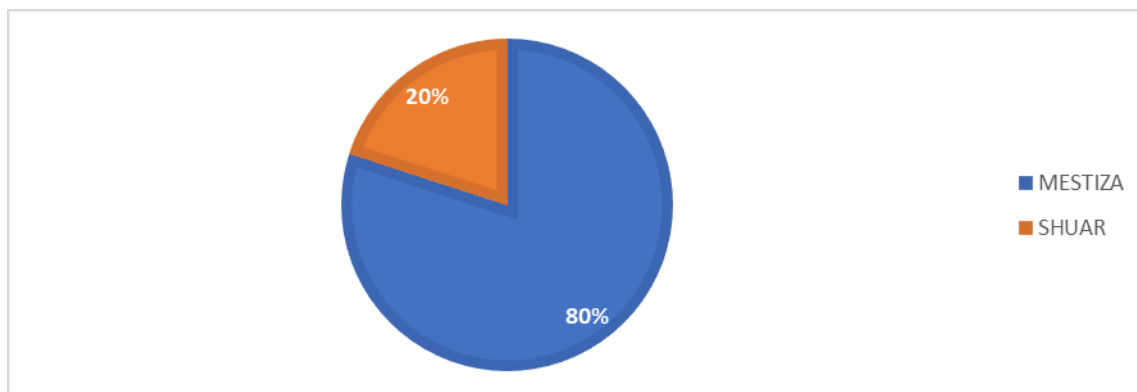
Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según edad



En este estudio no se encontró ninguna mujer menor de 19 años que haya brindado lactancia materna exclusiva. Un acumulado de 83% del total, se encontraba entre 19 a 33 años, siendo el grupo de 19 a 23 años el más representativo.

Figura 2

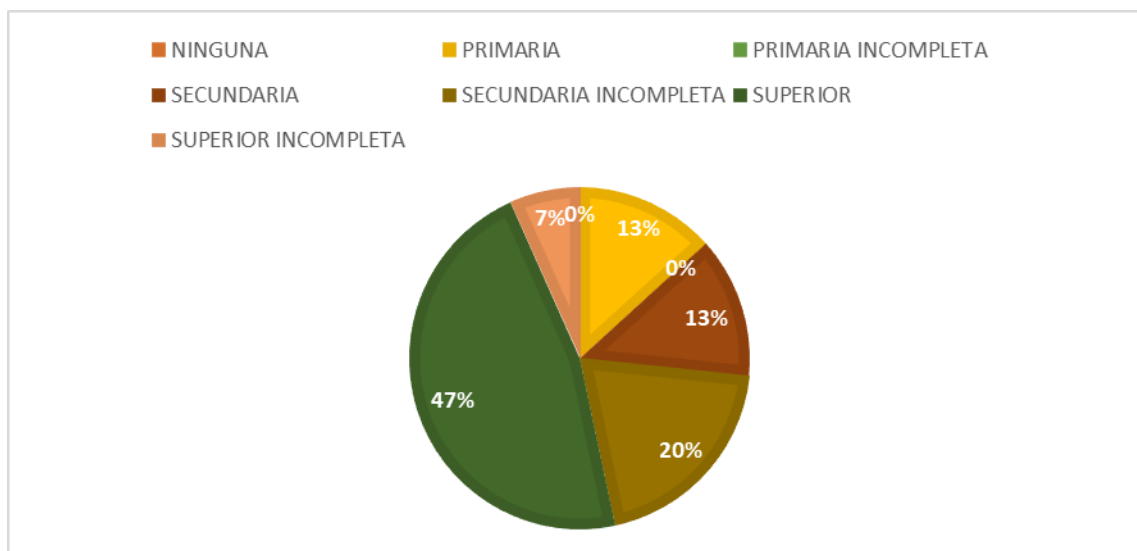
Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según etnia



El 80% de mujeres que brindaron lactancia materna exclusiva y que aceptaron participar en el estudio fueron de etnia mestiza.

Figura 3

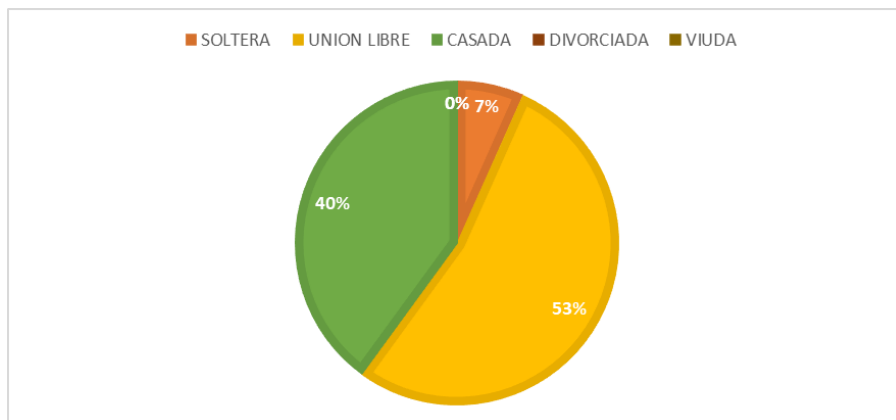
Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según instrucción



Se observa un mayor porcentaje de madres que brindaron lactancia materna exclusiva entre los grupos de instrucción secundaria y Superior.

Figura 4

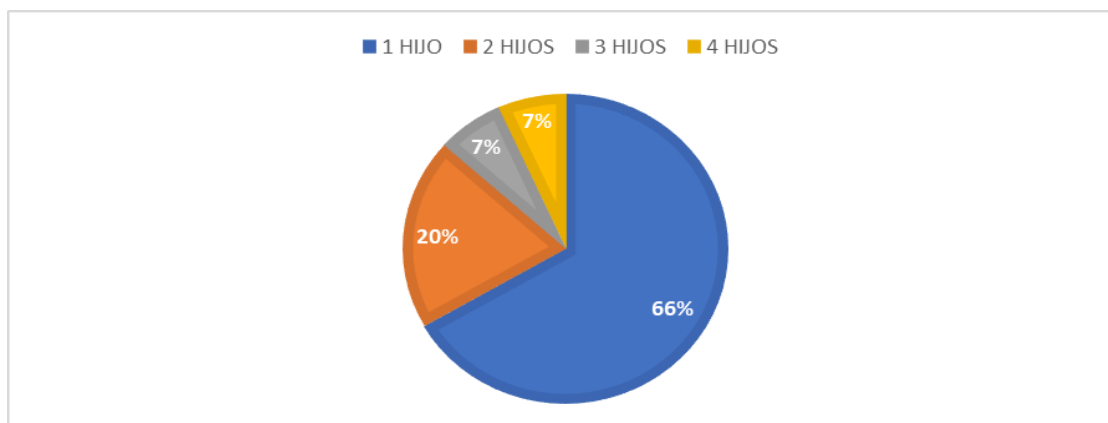
Distribución de mujeres que brindaron lactancia materna exclusiva según su estado civil.



El grupo más notorio que brindó lactancia materna exclusiva fue el de mujeres en unión libre seguido por el grupo de mujeres casada

Figura 5

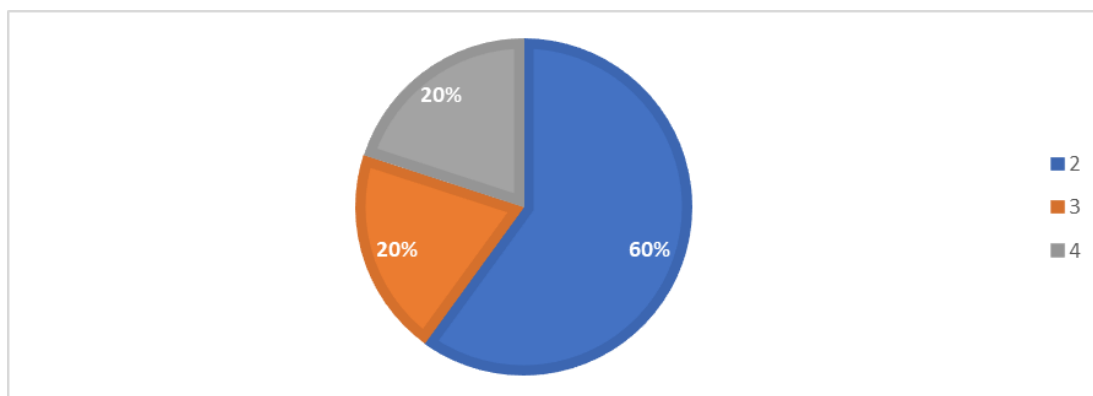
Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según su paridad o número de partos.



El 66% de mujeres que brindaron lactancia materna exclusiva fueron madres primerizas.

Figura 6

Distribución de mujeres con presencia de prácticas previas de lactancia materna exclusiva según número de partos anteriores.

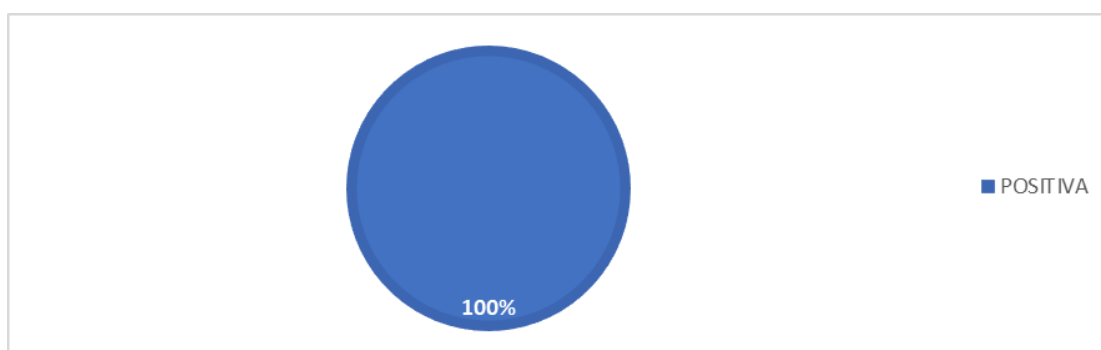


De las 30 mujeres entrevistadas, 10 tuvieron partos y experiencias previas de LME.

Del total de 10 mujeres, todas brindaron LME a sus hijos en partos previos independientemente de su paridad anterior. Seis de ellas tuvieron únicamente una experiencia previa de LME.

Figura 7

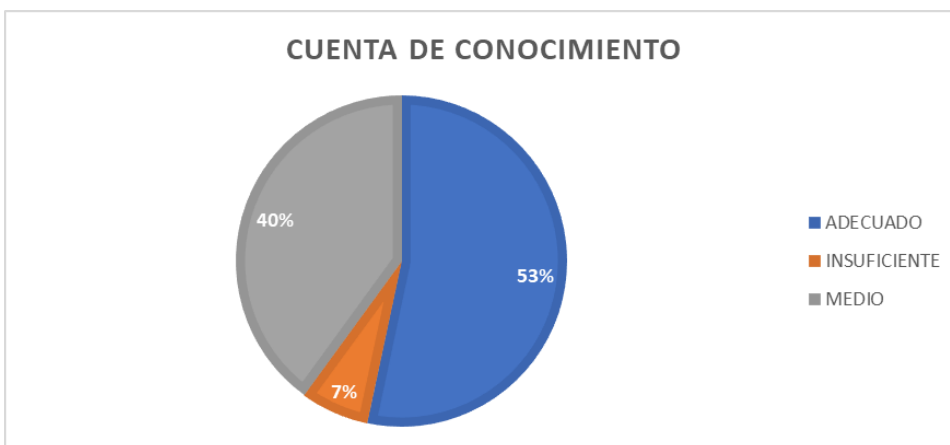
Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según su actitud frente a LME en Gualaquiza.



Del total de 30 mujeres que practicaron LME, el 100% tenía una actitud positiva (consideran importante o muy importante en el crecimiento y desarrollo del niño).

Figura 8

Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según su conocimiento acerca de LME en Gualaquiza.



El 53% de pacientes presentaron un conocimiento adecuado (menciona 3 o más beneficios conocidos de LME), mientras que solo un 7% presenta conocimiento insuficiente (menciona 1 o menos beneficios de LME).

Las mujeres del estudio demuestran tener conocimientos sobre la Lactancia materna exclusiva, aunque con lagunas en algunos puntos de interés. Es decir, se reflejó que un 93% maneja un grado de conocimiento respecto a esta práctica. Además, un alto porcentaje mostró una actitud positiva hacia la Lactancia Materna exclusiva.

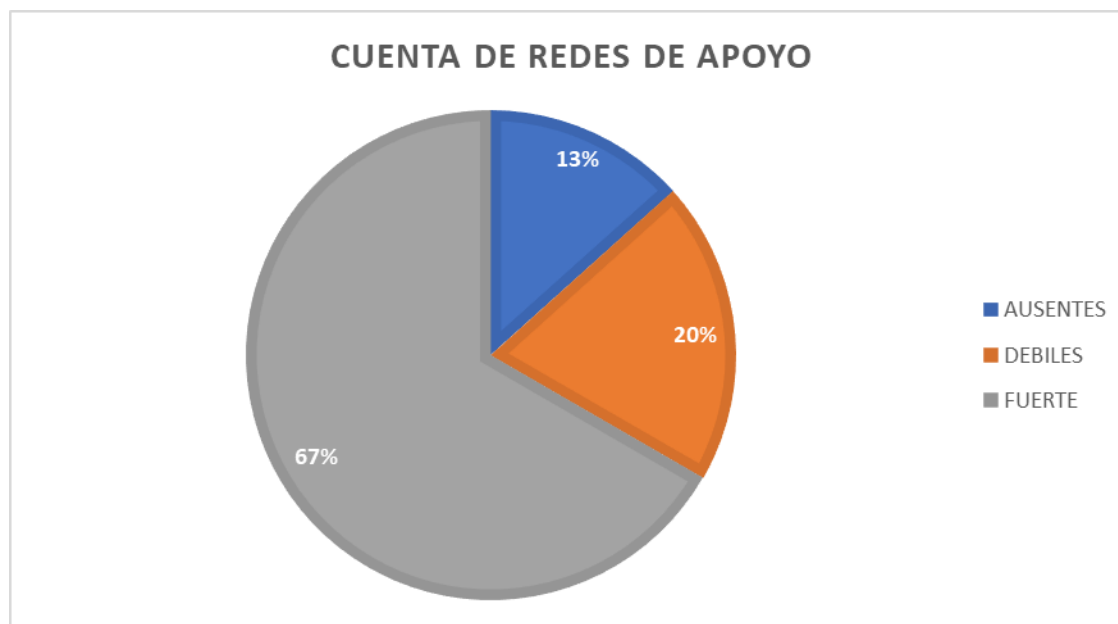
Nuestras participantes de etnia Shuar señalan lo siguiente.:

“Ayuda en el crecimiento cerebral de los niños, ayuda a mejorar los huesitos, se engordan mejor, crecen rápido y mejora su salud”

“Bueno considero importante la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses por que ayuda al crecimiento del niño [...] sistema inmunológico [...] previene algunas enfermedades como diarrea [...]”

Figura 9

Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según la presencia de redes de apoyo que favorecieron LME en Gualaquiza



El 66% de participantes señalaron redes de apoyo fuerte (más de 2 de impacto positivo) mientras que un 13 % revelo una red de apoyo ausente.

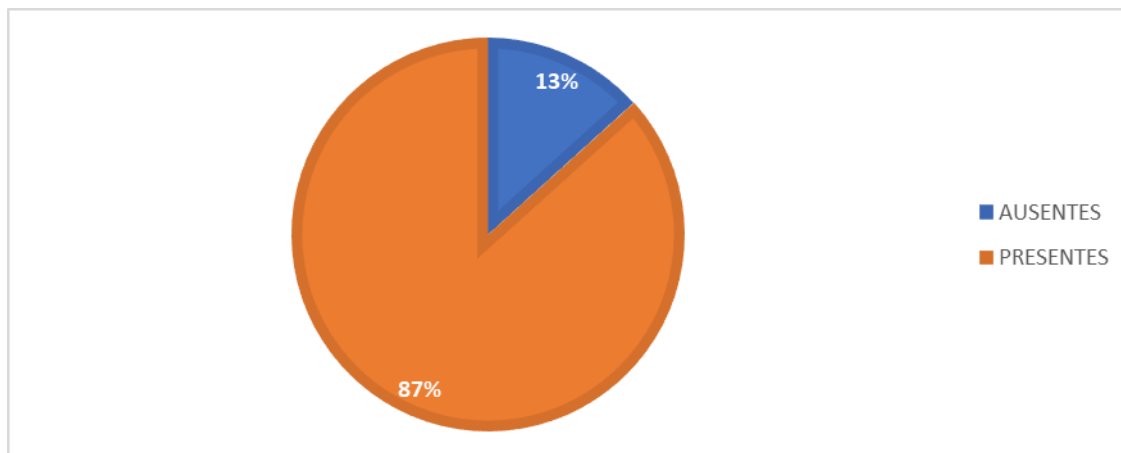
En relación a las acciones de la red, frente a la Lactancia Materna exclusiva, se verificó la intervención en el proceso de lactancia, de miembros de la familia, tanto de la mujer, pareja, amigos y personal de salud, especialmente en las dificultades iniciales con Lactancia Materna.

“Si, bueno la motivación de mi familia de mi mama en especial, fue una de las personas que me motivo más(..)”

“Si, mi pareja, mis padres, mis hermanos también, todos”

Figura 10

Distribución de mujeres que dieron lactancia materna exclusiva según la presencia de pautas repetitivas de LME en Gualaquiza



En cuanto a la presencia de pautas repetitivas de lactancia materna exclusiva, del total de 30 pacientes un 13% no tienen antecedentes familiares de prácticas de LME, es decir 4 pacientes del total.

En cuanto al análisis cualitativo de las respuestas provistas por las pacientes que fueron reflejadas mediante el genograma, fue llamativo lo que una paciente nos mencionó “ni mi madre ni mi abuela dieron chuchó, a mí me tocó aprender a salir adelante sola porque nadie me ayudaba, si no le daba el chuchó a mi guagua él se moría de hambre”, otra paciente supo manifestar que su madre y su hermana “no tenían buena leche” pero que ella pese a su trabajo pudo lograr llevar una lactancia materna exclusiva.

Del 87% de pacientes con pautas repetitivas de LME, la mayoría muestran dichos antecedentes en generaciones previas mayoritariamente de línea materna, sin excluir

antecesoras de la ascendencia paterna o inclusive familiares de la misma generación o familiares de línea política.

María quien tuvo su primer hijo a los 18 años mientras cursaba sus estudios universitarios, supo manifestar que su madre le crío con LME y fue quien le apoyo en la consecución de esta práctica con su hijo, pero menciona también que “mi suegra me enseñó que mientras más agua se tome y más hale el seno el bebé, más será la leche”, pues su suegra había criado a sus 2 hijos con LME.

Discusión.

A partir de las entrevistas realizadas se pudo conocer de las experiencias de nuestras participantes que brindaron lactancia materna exclusiva y estuvieron adscritas al Centro de salud de Gualaquiza.

Se exploró en los entrevistados la información que contaban acerca de su conocimiento actitudes frente a la lactancia, pautas repetitivas que repercutieron en el proceso de práctica de lactancia, así como las redes de apoyo que intervinieron en la permanencia de lactancia exclusiva.

Encontramos una relación positiva entre tener una edad comprendida entre 19 y 32 años y la práctica de LME. Situación q coincide con lo reportado por Castro et al. (2017) respecto a la edad, mientras que Chudasama et al. (2009) reportaron lo contrario.

El ser madre adolescente plantea varias dificultades a la hora de elegir la lactancia materna exclusiva, sobre todo relacionadas con las percepciones y experiencias de estas madres.

Los hallazgos reportados por ENSANUT-ECU-2012 en relación a la práctica de la lactancia materna exclusiva con el nivel de instrucción de la madre, a medida que incrementa el nivel de instrucción de las madres, la proporción de aquellas que amamantan a sus hijos disminuye. Hallazgos que no coinciden con el trabajo investigativo, que indica que las mujeres que brindaron esta práctica poseen un alto nivel de instrucción.

El nivel de escolaridad está relacionado con el nivel educacional alcanzado en el país, y puede, de una u otra forma, vincularse al nivel de conocimientos sobre LM que han adquirido las madres. (Pérez et al., 2012)

El tiempo de permanencia de la lactancia materna estuvo aunada significativamente con la etnicidad. En nuestro estudio primo la lactancia materna en mujeres mestizas.

A diferencia de lo encontrado en otras zonas del país y según lo reportado por ENSANUT 2014, donde reportan que el 77% de las madres indígenas practican la lactancia exclusiva hasta antes de los 6 meses, en el caso de las madres afro ecuatorianas y las autodenominadas montubias, presentan prevalencias más bajas, de 38.6% y 23%, respectivamente.

Este contraste con lo reportado en nuestro estudio está ligado a que las mujeres indígenas atendidas en el centro de salud Gualaquiza son una minoría poblacional.

Para Galiano (2012) la intención de dar de lactar antes o durante el embarazo, parecen influir en el proceso de LME. Tal vez sea porque las madres que con anterioridad al parto se han informado sobre la lactancia, disponen de más información sobre los recursos de los que pueden beneficiarse en el caso de que algún problema o duda surja durante la lactancia, y por esta razón se sientan más satisfechas que las madres que durante el embarazo o anteriormente al mismo que no han recibido o buscado ninguna información relativa a la lactancia. Es por esta misma razón, que en nuestro estudio hemos demostrado que la actitud positiva frente a la lactancia se encontró en la totalidad de las pacientes, así mismo la mayoría de pacientes (83%) tuvo un grado de conocimiento adecuado y medio en cuanto a los beneficios para el binomio madre/niño, es decir resulta fundamental la educación ante parto y post parto sobre esta práctica.

Según Losa et al (2013) se encontró que el 86 % de un grupo de madres consideraron a su familia como fuente de apoyo para la lactancia superando el porcentaje respecto a los

profesionales de la salud con un 14%, que concuerda con lo encontrado en nuestro estudio en donde la mayoría de mujeres indicaron haber contado con redes de apoyo, siendo la más citada, la familia.

Estudios como los de Britton et al. (2007), Chaput et al (2015) o Cerdá Muñoz (2011), nos demuestran el impacto positivo que ejercen las intervenciones destinadas a promover, proteger y apoyar la lactancia por parte de sector sanitario y de los grupos de apoyo a la lactancia, es decir el equipo de salud tiene un papel importante en la práctica de LME, lo cual se observó en nuestro estudio pese a que fueron pocas las madres que mencionaron en primera instancia al Ministerio de salud público como una entidad de apoyo, dejando el precepto de la necesidad de trabajar en lactancia materna como sector salud a sabiendas de la importancia de esta práctica en la promoción y prevención.

Para Palomares et al (2015) existe una relación entre la intención de la madre de amamantar a su hijo con la preferencia de su familia por leche materna y con el hecho de que la madre hubiera sido amamantada en su etapa de lactante, mostrando una asociación positiva estadísticamente significativa. En nuestra investigación se analizó la presencia de pautas repetitivas considerada como las prácticas de LME en generaciones previas, estando presentes en un total de 26 mujeres, es decir el 87% del total. Pudiendo de esta manera, la práctica de LME en generaciones anteriores, ser considerada un activo de salud.

En un estudio realizado en Costa Rica, encontraron que el 96% de una muestra de 28 primigestas dijo haber recibido algún tipo de apoyo durante el proceso de amamantamiento; en el cual la abuela materna tuvo el mayor porcentaje con un 71%, seguida del esposo con un 61% y la hermana 57%.(Marin Arias & Gutiérrez Obregón, 2017)

De la misma manera un estudio realizado en España refiere, que si la abuela materna era partidaria de la lactancia materna un 45.6% de madres prefirió alimentar a su hijo de esta forma; mientras que, si la abuela prefirió la leche artificial, el porcentaje descendió a 41.2% (Rius et al., 2014)

Conclusiones.

- La edad, entre 19 a 32 años fue donde se ubicó la mayoría de mujeres que practicaron LME exitosa en este estudio; no pudiendo confirmarse o descartarse la edad al momento de amamantar como un activo de salud absoluto o definitivo, puesto que el muestreo fue intencional por voluntarias, además del hecho que la edad es un factor no modificable. Con lo reportado se debe tener en cuenta la necesidad de apoyo adicional que ameritarían madres más jóvenes para la consecución de una LME.
- Las mujeres con escolaridad secundaria y superiores fueron la mayoría que practicaron LME esto puede ser atribuible a mayor conocimiento y acceso a información sobre los beneficios de la misma.
- Así mismo estar en una relación de hecho (unión libre y matrimonio) aporta de manera positiva para la consecución de una LME, esto va de la mano con la presencia de redes de apoyo en la mayoría de pacientes que lograron LME de nuestro estudio, quienes mencionaron a sus esposos y demás familiares como componentes sustanciales para el buen desarrollo de la LME.
- La mayoría de mujeres que brindaron LME contaron con la presencia de antecesoras o familiares que brindaron LME a sus hijos; considerándose las pautas repetitivas de la práctica de LME en generaciones previas como un activo de salud de importancia en la generación de conocimiento y actitud positiva frente a la LME.
- En resumen, la actitud, el conocimiento, la presencia de pautas repetitivas y redes de apoyo pueden ser considerados activos de salud de suma importancia en la consecución de una LME. La actitud se basa en el grado de conocimiento de la madre en cuanto a LM y sus beneficios, por lo tanto, es un factor modificable en el cual se debe trabajar como

equipo de salud. Así mismo el no contar con redes de apoyo podría ser un factor de riesgo para la consecución de una LME, por esto la importancia de trabajar en la identificación y construcción de redes para las madres que carecen de estas. Finalmente, las pautas repetitivas en LM, si bien son no modificables, resultan importantes por la connotación cultural, psicológica y familiar que acuña esta práctica. Dejando el reto compartido entre la madre, familia, comunidad y personal de salud, de utilizar todos los potenciales activos de salud para la preservación de tan valiosa práctica, en generaciones futuras.

Recomendaciones

- Se recomienda a todos los actores en salud, con especial énfasis a los profesionales de medicina familiar adquirir y mantener conocimientos actualizados sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva para el binomio madre-niño. Con la finalidad de poder ilustrar las poblaciones sobre este tema y aumentar la práctica de LME mediante el empoderamiento no solo de las madres sino de la familia y la comunidad, mediante la difusión de los favores que la LME aporta para mejorar la salud comunitaria, familiar e individual.
- Se recomienda de igual manera realizar más estudios en los activos de salud de índole biomédico, psicológico y social que favorecen una LME; con la finalidad de evaluar de manera integral y a mayor escala alternativas para fomentar estos y por consiguiente esta práctica tan beneficiosa para la salud y bienestar de nuestros pueblos y poder extrapolar los conocimientos y planes adoptados a otras comunidades.

Referencias

- Aguirre, Juan Carlos, & Jaramillo, Luis Guillermo. (2015). El papel de la descripción en la investigación cualitativa. *Cinta de moebio*, (53), 175- 189.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2015000200006>
- Aguilar, M. J. (2004). *Lactancia Marterna*. España: Elseiver
- Becerra Bulla, F., Peña Álvarez, D. C., Puentes Valencia, V. A., & Rodríguez Cepeda, D. E. (2009). Lactancia Materna: Una revisión de la evaluación de esta práctica a través del tiempo. El caso de algunas comunidades indígenas en Colombia. *Revista de La Facultad de Medicina*, 57(3), 246–257.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-00112009000300006&script=sci_arttext&tlng=en
- Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón. L, Dayana Fonseca-Silva M. Bermúdez-Gordillo L.A. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad de Colombia*, 63 (2). 217-227
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051>
- Becerra Bulla, F. (2015). Leptina y Lactancia materna: Beneficios fisiológicos. *Revista de La Facultad de Medicina*, 63(1), 119–126.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n1.43953>
- Benjumea MV, Falla NC, Jurado L. Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. Colombia.

Hacia promoci. salud. 2013; 18(2):66-78.

Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernández, F., Hernán, M., Nieto, J., & Cofiño, R. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 180–183.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>

Black R. et al. (2018) ‘Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences’. (Maternal and Child Undernutrition Series 1). *The Lancet*, vol. 371 No.

Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(1), 15–21.

<https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>

Camino, L., (1996). Lactancia una práctica que trasciende los tiempos. *Revista Peruana de Epidemiología*, 9(2), 33-2.

https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v08_n2/lactancia.htm

Campoverde Vaca ZC, (2014). Estrategia educativa en la lactancia materna para adolescentes embarazadas que asisten al centro de salud numero 1 Pumapung. Cuenca, Ecuador: Facultad de ciencias médicas. Escuela de enfermería de Cuenca; [citado 8 Nov 2021].

Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20564/1/TESIS.pdf>https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

Cañamero Pascual I. (2017). Lactancia materna. Guía para profesionales sanitarios. In *Consejería de Salud y Servicios Sanitarios*.

Díaz-Bravo, Laura, Torruco-García, Uri, Martínez-Hernández, Mildred, & Varela-Ruiz, Margarita. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. Recuperado en 11 de julio de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es.

ENSANUT, ENSANUT-ECU. (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. OPS.

Fernández, M. A. G. (2011). Lactancia materna. *Enfermería Clínica*, 21(5), 297–299.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.07.014>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF, (2014). Alianza para una nutrición infantil lactancia materna, un acto de amor. ISBN: 978-9942-927-05-7

Gorrita Pérez, Remigio Rafael, Ortiz Reyes, Daniurkys, & Alfonso Hernández, Lázaro. (2016). Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. *Revista Cubana de Pediatría*, 88(1) Recuperado en 11 de julio de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000100006&lng=es&tlng=es.

Hernan M, Morgan A. y Mena A. (2010) Formación en Salutogénesis y Activos para la salud. EASP. Granada. [internet] [citado marzo de 2018]: Disponible en: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>

Hernández Gamboa, E. (2008). Genealogía de la lactancia materna. *Revista Enfermería*

Actual En Costa Rica, 15, 1–6.

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745761.pdf>

Herreros, B. (2016) Revisión sistemática de las intervenciones para la promoción y práctica de la Dissemination (CRD). Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. University de York. Database of Abstracts of Review of Effects web site (DARE). Documento número: 12013069858 [en línea] [Disponible en: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12013069858>].

Horta BL, Victora, (2013) Longerm effects of breastfeeding: a systematic review En Organización Mundial de la Salud Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf

Ledesma, E. R., León, L. B., Hernández, A. F., Martínez, M. F., & Majendie, R. P. (2017). Factores determinantes de la lactancia materna exclusiva: Policlínico “Aleida Fernández”. 2015. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 16(6), 879–890.

Lindström B, Eriksson, M. (2011) Guía del Autoestopista Salutogénico, Camino Salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona España: Documenta Universitaria;

Losa-Iglesias ME, Rodríguez-Vázquez R, Becerro de Bengoa-Vallejo R. (2013 [The Grandmother's Role in Breastfeeding]. Aquichan [Internet]. 2013 [cited 2015 may 05];13(2):270-9. Spanish. doi: <http://doi.org/4bw>.

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Normativa Sanitaria Para La Certificación Como Amigos De La Madre Y Del Niño, a Los Establecimientos De Salud Del Sistema. Msp, 00000108(00000108), 1–17. www.salud.gob.ee
- Motaban, (2018). factores asociados con la lactancia materna en madres concurrentes a servicios de Atención.Redalyc.
- Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*, 14(2_suppl), 17-22.
- Niño M, Rosa, Silva E, Gioconda, & Atalah S, Eduardo. (2012). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Revista chilena de pediatría*, 83(2), 161-169. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000200007>
- Organización Mundial de la Salud (2016)
https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
- Organización mundial de la salud. (2018). Lactancia materna exclusiva.
https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
- OMS. (2017). Metas Mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre lactancia materna. (Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief].
Who/Nmh/Nhd/14.7,4,1.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255731/1/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf?u a=1
- Osorno, J. (2005). Book Review: Lactancia Materna: Guía para Profesionales. In *Journal of Human Lactation* (Vol. 21, Issue 3).
<https://doi.org/10.1177/089033440502100323>

- Palomares-Gimeno MJ, Fabregat E, Folch S, Escrig B, Escoín F, Gil-Segarra C. (2011) [Support to breastfeeding in a basic health area; prevalence and related socioeconomic factors]. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. [cited 2015 may 05];13(49):47-62. Spanish. Available from: <http://goo.gl/D1SDR5>.
- Pérez, R. R. G., Rodríguez, Y. R., Hernández, E. R., & Herrera, B. B. I. (2012). Deseos, aptitudes y conocimientos sobre lactancia materna de gestantes en su tercer trimestre. *Revista Cubana de Pediatría*, 84(2), 165–175.
- Rodríguez-García, J., & Acosta-Ramírez, N. (2008). Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en población pobre de áreas urbanas de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 71–84. <https://doi.org/>
- Salgado Lévano, Ana Cecilia. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78. Recuperado en 11 de julio de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&tlng=es.
- Materna, L., & Milk, B. (2019). *Artículo de Revisión / Review Article*. 46(5), 633–643.
- Pérez, R. R. G., Rodríguez, Y. R., Hernández, E. R., & Herrera, B. B. I. (2012). Deseos, aptitudes y conocimientos sobre lactancia materna de gestantes en su tercer trimestre. *Revista Cubana de Pediatría*, 84(2), 165–175.
- Rojas Camayo, J. (2013). Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú. *Anales de La Facultad de Medicina*, 69(1), 22. <https://doi.org/10.15381/anales.v69i1.1176>
- Suarez, O., Arguelles, M., Alquézar, L., Aviño, D., Botello, B., Calderón, S., Cofiño, R., Cubillo, J., & Duro, R. (2014). Mapas de actividades comunitarias y activos para

la salud: ¿Cómo trabajar con ellos? *Cuadernos Pediatría Social*, 21(1), 1–7.

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50793/1/2015_Suarez_etal_CuadPediatríaSocial.pdf

Urquiza R. (2002) Incorporando al padre para el apoyo afectivo en la lactancia materna.

Revista Peruana Pediatría.55(3).

Urquiza Aréstegui, Raúl. (2014). Lactancia materna exclusiva: ¿siempre. *Revista*

Peruana de Ginecología y Obstetricia, 60(2), 171-176. Recuperado en 11 de julio

de 2020, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200011&lng=es&tlng=es)

[51322014000200011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200011&lng=es&tlng=es).

Vera, J., & Guerrero, J. (2013). Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna en

Madres Adolescentes

Victoria CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology,

mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387(10017):475-90.

Villanueva M, Alvarez J, Peña L. (2008) Factores condicionantes de la lactancia

materna durante el puerperio inmediato en el Hospital Universitario Materno-

Infantil de Canarias. *Rev española Nutr Comun*; 14: 30-41

Anexos

Anexo 1

**CUESTIONARIO ACTIVOS DE SALUD QUE FAVORECIERON UNA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
GUALAQUIZA. ENERO A MAYO 2021.**

- 1.- Indique edad (años cumplidos)
- 2.- indique la etnia con la que usted se identifica.
- Indígena shuar – achuar- huaorani – otra
 - Blanca
 - Mestiza.
 - Afroecuatoriana.
- 3.- Señale último año académico cursado.
- Ninguno
 - Primaria
 - Primaria incompleta.
 - Secundaria completa
 - Secundaria incompleta
 - Superior.
- 4.-Indique su estado civil.
- Soltera
 - Unión libre
 - Casada
 - Divorciada
 - Viuda
- 5.- Sobre beneficios lactancia materna. Indique 3 o más.
-
-
-
-
-
-
6. Indique el número de hijos vivos que tiene (incluido hijo actual)/ Cuantos recibieron lactancia materna exclusiva?.
- Hijos Vivos () Hijos que recibieron solo seno por los 6 primeros meses ()

7.- Que tan importante considera usted importante la lactancia materna exclusiva?

- No Importante
- Importante
- Muy importante

¿Porque?.....

8.- Conto con redes de apoyo (padres, amigos, familia, pareja, personal de salud, etc.) durante el proceso de lactancia.

NO () SI ()

SI respondi6 si, enumere y describa cuáles fueron:

9.- Alguien en su familia e antepasados dio a sus hijos durante los primeros 6 meses de vida. Describa (GENOGRAMA- PAUTAS REPETITIVAS.)

No () SI ()

Si la respuesta es sí, proceda a la elaboración de genograma de la paciente por parte del médico a cargo de la entrevista.

Anexo 2

Consentimiento informado

Estudio: **ACTIVOS DE SALUD QUE FAVORECEN UNA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. GUALAQUIZA ENERO A JUNIO 2021.**

Entrevistado:

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar en el presente estudio, que servirá para la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Usted ha sido invitado a participar por ser una paciente que curso con el proceso de lactancia exclusiva y estar adscrita al centro de salud de Gualaquiza.

El objetivo de este estudio es que estudio es conocer los activos de salud que favorecieron una lactancia materna exclusiva.

El método de la investigación se basa en entrevistas con preguntas abiertas que le hará el Investigador.

El estudio no tiene intervención alguna.

Existe un valor social al compartir los conocimientos y creencias con la comunidad.

El estudio no tiene costo para Usted (salvo el del tiempo que brindará para la entrevista), tampoco habrá compensación económica.

Usted comprende que:

1. Puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento de este estudio sin tener que dar explicaciones.
2. Todos los datos serán reservados y no serán utilizados para otro fin que el indicado en

este documento de información.

Yo _____(Nombre y apellidos)

He leído la información que se me ha entregado.

He tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio en las siguientes situaciones:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Fecha y hora: _____

Número de cédula: _____

Nombre en imprenta del participante: _____

Firma del participante: _____ Investigador:

He explicado este proyecto al participante y he contestado todas sus preguntas, he entregado una copia del documento de consentimiento.

Creo que comprende la información y accede a participar en forma voluntaria.

Fecha y hora (la misma fecha cuando firma el participante) _____

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Anexo 3***Registro Fotográfico.******Madres De Etnia Shuar Mestiza***



