

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**EL COMIENZO DE LA LACTANCIA MATERNA:
EXPERIENCIAS DE MADRES PRIMERIZAS
POST-CESÁREA EN UN HOSPITAL DE
CHICLAYO - 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: Bach. Roxana Medalith Quiroz Hidalgo.
Bach. Ana Karina Solís Salazar.**

Chiclayo, 31 de enero de 2018

**EL COMIENZO DE LA LACTANCIA MATERNA:
EXPERIENCIAS DE MADRES PRIMERIZAS
POST- CESÁREA EN UN HOSPITAL DE
CHICLAYO - 2017**

POR:

**Bach. Roxana Medalith Quiroz Hidalgo.
Bach. Ana Karina Solís Salazar.**

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Flor de María Mogollón Torres
Presidenta de Jurado

Lic. Adela Rosanna Nuñez Odar
Secretaria de Jurado

Lic. Yrma Lily Campos Bravo
Vocal /Asesor de Jurado

Chiclayo, 31 de enero de 2018

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL:	16
1.1 Antecedentes del problema	16
1.2 Base teórico-conceptual	17
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO:	24
2.1 Tipo de investigación	24
2.2 Abordaje Metodológico	24
2.3 Sujetos de Investigación	27
2.4 Escenario	28
2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	29
2.6 Procedimiento	31
2.7 Análisis de datos	34
2.8 Criterios Éticos	36
2.9 Criterios de Rigor Científico	37
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS	39
CONSIDERACIONES FINALES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	69
ANEXO 01: Consentimiento informado a madres	69
ANEXO 02: Consentimiento informado a enfermeras	72
ANEXO 03: Guía de entrevista a madres	75
ANEXO 04: Guía de entrevista a enfermeras	76
ANEXO 05: Observación no participante	77

DEDICATORIA

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres: Benjamín y Grimaldina por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis hermanos: Henry, Erika y Denix, por estar conmigo y apoyarme siempre, los amo mucho.

Karina

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme culminar mis estudios universitarios, iluminar mi camino y para superar cada obstáculo.

A mis padres: Juan y Nélide, principalmente a mi madre por ser el pilar más importante y en todo momento demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, por sus palabras de aliento, por ser mi ejemplo de lucha, y por todas sus enseñanzas.

A mis hermanas Karina y Diana, por mostrarme que los retos están para superarlos, y a mi hermano Juan David por esa chispa de alegría que le pone a mis días.

Roxana

AGRADECIMIENTO

A Dios, por tu amor y tu bondad que no tienen fin, y que nos permites sonreír ante todos nuestros logros que son el resultado de tu ayuda.

A nuestra asesora, Lic. Lily Campos que con sus conocimientos, dedicación, paciencia, experiencia y compromiso, hizo posible la culminación de este proyecto de tesis.

A nuestras familias, que con su amor incondicional nos apoyaron en toda nuestra formación personal y profesional.

A la Lic. Nancy Chavarry Calero; a mis compañeras de trabajo, y en especial a Mirella por estar conmigo y apoyarme siempre.

A las madres y enfermeras que nos apoyaron en todo momento durante el desarrollo de la presente investigación.

Roxana y Karina

RESUMEN

La presente investigación cualitativa, de abordaje de estudio de caso, tuvo como objetivo describir, analizar y comprender las experiencias de las madres primerizas post-cesárea en el comienzo de la lactancia materna en un Hospital de Chiclayo-2017, los sujetos de estudio fueron 17 madres primerizas del servicio de alojamiento conjunto que cumplieron con los criterios de selección y cinco enfermeras que laboran en dicho servicio; el muestreo se realizó por conveniencia, y el tamaño de la muestra se determinó por saturación y redundancia; los datos se recolectaron, mediante una guía de entrevista semi-estructurada, validada por juicio de expertos y por piloto; el procesamiento de datos se realizó mediante el análisis de contenido, considerando siempre los principios de la Bioética personalista de Sgreccia y los criterios de rigor científico sustentados por Lincoln y Guba. Se obtuvieron como resultados tres categorías: (1) Experiencias en el comienzo de la lactancia materna post-cesárea, (2) El fomento de la lactancia materna post-cesárea, (3) Factores que impiden el comienzo exitoso de la lactancia materna post-cesárea. Finalmente se concluyó que existe un 41.18% de madres que han tenido una experiencia maravillosa en el inicio de la lactancia materna descrita con alegría, entusiasmo, emoción de tener en brazos a su bebé; en cambio el 58.82% de madres restantes refieren que fue una experiencia terrible, ya que experimentaron mucho dolor de la herida operatoria, unido con el temor de la dehiscencia de la misma, acompañado de nerviosismo por desconocimiento de los cuidados al bebé.

PALABRAS CLAVES: Experiencia (8192), cesárea (2625), lactancia materna (1967).

ABSTRACT

The present qualitative research, of a case study approach, aimed to describe, analyze and understand the experiences of the first post-cesarean mothers in the beginning of breastfeeding in a Hospital of Chiclayo-2017, the study subjects were 17 first-time mothers of the joint housing service who met the selection criteria and five nurses who work in that service; the sampling was done for convenience, and the sample size was determined by saturation and redundancy; the data were collected through a semi-structured interview guide, validated by expert judgment and by pilot; Data processing was carried out through content analysis, always considering the principles of the personalist Bioethics of Sgreccia and the criteria of scientific rigor supported by Lincoln and Guba. Three categories were obtained: (1) Experiences in the beginning of breastfeeding post-cesarean, (2) The promotion of breastfeeding post-cesarean section, (3) Factors that prevent the successful of beginning breastfeeding post-cesarean. Finally it was concluded that there is a 41.18% of mothers who have had a wonderful experience in the beginning of breastfeeding described in joy, excitement, excitement of holding their baby; On the other hand, 58.82% of remaining mothers report that it was a terrible experience because they experienced a lot of pain from the operative wound together with fear of it dehiscence, accompanied by nervousness due to ignorance of the care of the baby.

KEY WORDS: Experience (8192), cesarean (2625), breastfeeding (1967)

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un hijo es uno de los acontecimientos vitales más significativos y de mayor impacto en la vida de una mujer; sin embargo, algunas deciden finalizar su embarazo con una cesárea y muchas veces sin ningún diagnóstico que lo amerite; otras ni se imaginan que no podrán dar a luz a su bebé, y que su hijo querido tendrá que venir al mundo en un quirófano y que pasará sus primeros minutos u horas en manos de desconocidos, mientras un cirujano sutura su vientre¹.

Hoy en día, lamentablemente asistimos a una epidemia de cesáreas, en su mayoría “inne-cesáreas,” como ha denunciado la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalando que en ningún país debería superar el 10-15% de nacimientos por cesárea¹; sin embargo, muchos de los países superan este rango. Así tenemos, países como Estados Unidos y España, que registran porcentajes altos de cesáreas: 33% y 25% respectivamente, según un informe detallado de la OMS en el 2014.

Por otro lado, en Latinoamérica casi cuatro de cada diez partos se realizan por cesárea (38,9%). Asimismo, Brasil con 200 millones de habitantes, tiene un promedio de 54% de partos por cesáreas. En los servicios privados, la cifra se dispara por sobre el 80%, convirtiéndolo en un lugar del mundo donde más se realiza esta intervención. República Dominicana es otro país que registra (44%), Colombia (43%), México (39%) y Chile (37%). Lo inverso ocurre en Haití, donde el escaso acceso a los servicios de salud coloca la tasa en un 5,5%, por debajo de lo recomendado².

La tendencia mundial, de este tipo de intervenciones quirúrgicas va en aumento, y el Perú no es ajeno a esta realidad pues

también ha registrado un incremento de sus tasas. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), reporta que en los últimos seis años, la tasa se ha incrementado casi el 10 % a nivel nacional. La proyección del 2013 revela que, en promedio, el 26.5% de los partos institucionales (aquellos que se realizan en establecimientos de salud) han sido cesáreas. Esta cifra agrupa las intervenciones del Ministerio de Salud, Es salud, Fuerzas Armadas y del sector privado. Por ejemplo, el porcentaje de cesáreas en el 2014 realizadas en un Hospital San Juan de Lurigancho fue de 28.9% ³.

Sin embargo, tal es la naturalización de esta cirugía (cesárea) que cada vez se registra un alto número de cesáreas, que también se evidencia a nivel local, pues así lo informa el departamento de estadística de un Hospital estatal nivel II, que registró en el 2015 un total de 2027 partos de los cuales 807 fueron cesáreas alcanzando un 40% y en lo que va del año 2016 de enero a agosto ha registrado hasta el momento 812 partos, de los cuales 276 fueron cesáreas alcanzando un 34%.

En consecuencia, este porcentaje elevado de cesáreas hace que se ponga en riesgo el comienzo exitoso de la lactancia materna, así lo revela un estudio reciente donde se señala que las madres que dan a luz por cesárea, presentan niveles más bajos de oxitocina y prolactina, las hormonas de la lactancia, en las primeras 48 horas del posparto y un riesgo tres veces mayor de abandonar la lactancia en el primer mes⁴.

Los datos anteriormente expuestos, se corrobora con el estudio de Hobbs⁵, en donde afirma que las mujeres con cesárea planificada referían no tener ninguna intención de amamantar o no iniciar la lactancia en un 7,4% y 4,3%, respectivamente, en comparación con las mujeres con partos vaginales que alcanzan un porcentaje de 3,4% y

1,8%, evidenciando que las mujeres que dieron a luz con una cesárea planificada tenían más probabilidades para interrumpir la lactancia materna antes de las 12 semanas después del parto en comparación con aquellas que dieron a luz por vía vaginal.

Por otra parte, las investigadoras revelaron que durante la experiencia de sus prácticas pre profesionales observaron un incremento en el número de gestantes sometidas a cesáreas en el servicio de alojamiento conjunto, y cuando se les preguntaba a las madres por qué razón le realizaron la intervención quirúrgica, ellas respondieron: mi bebé presentó sufrimiento fetal, otras referían mi bebé es grande y no podía nacer por la vía vaginal, y otro grupo de madres expresaron que tenían miedo someterse al trabajo de parto, y de no poder colaborar para un nacimiento rápido del bebé y pueda nacer con problemas de salud, además algunas de ellas agregaban que no admitieron ser preparadas durante la gestación para un parto eutócico porque sencillamente ya estaban mentalizadas de que no podrían dar a luz por parto vaginal.

También se observó que las púerperas sometidas a cesárea tardan varias horas en tener a sus bebés en sus brazos, y para cuando por fin se encuentra con su hijo; ellos ya han recibido por lo menos una a dos tomas de leche artificial, o suero glucosado; esta situación, unido con el dolor que siente la madre por la intervención quirúrgica, el malestar, el cansancio y el temor por la dehiscencia de la herida, hacen que el comienzo de la lactancia materna se prolongue aún más, tal como lo manifiestan algunas madres: “señorita no puedo dar de lactar a mi bebé, tengo dolor y además se puede abrir mi herida”. Otras refieren “a qué hora vienen a llevar a mi bebé para que le den su biberón, porque la anestesia y los medicamentos que me colocaron han cortado mi leche” mientras que otro grupo de madres expresan

“tengo poca leche, mi bebé no se satisface y necesita tomar más para que pueda dormir bien”.

Así mismo, las investigadoras vivenciaron en algún momento ser parte de muchas actividades educativas para promocionar la lactancia materna, luego a pesar de esto, se observa que pocas enfermeras están comprometidas a realizar una verdadera demostración y acompañamiento cuando la madre se encuentra hospitalizada, retrasando en muchas oportunidades el comienzo de la lactancia materna por brindarle la comodidad a las madres; y asegurar que el bebé no presente hipoglicemia, a pesar de esta problemática y paradójicamente las tasas de lactancia materna a nivel mundial no han disminuido, y varios países han experimentado un aumento significativo en la última década; tan solo un 40% de los niños menores de seis meses de edad reciben leche materna exclusivamente, lo que significa que un 60% de niños no reciben leche materna quedando expuestos a diferentes enfermedades como las diarreas, enfermedades respiratorias, desnutrición, etc⁶.

Ante esta realidad, las investigadoras, se han planteado una serie de cuestionamientos: ¿Por qué las madres optan primero por realizarse una cesárea?, ¿Será que desconocen los riesgos y complicaciones para ellas y el bebé tras la Cesárea?, ¿Será que desconocen la importancia y los beneficios de tener un contacto piel a piel con su bebé e iniciar la lactancia materna inmediatamente? Toda esta situación, ha conllevado a plantear el siguiente problema de investigación.

¿Cómo son las experiencias de las madres primerizas post-cesárea, en el comienzo de lactancia materna en un Hospital de Chiclayo - 2017?. Con el objetivo de: Describir, analizar y comprender las experiencias de las madres primerizas post –Cesárea, en el

comienzo de la lactancia materna en un Hospital de Chiclayo – 2017. El objeto de estudio fue experiencias de las madres primerizas post-cesárea, en el comienzo de la lactancia materna.

El presente estudio se justificó porque en nuestro país, así como en el resto del mundo, la alimentación con lactancia materna ha disminuido en las últimas décadas debido a la urbanización, la comercialización de sucedáneos de la leche materna, el aumento de las actividades de las mujeres dentro de la fuerza productiva del país y el aumento de las tasas de cesárea; es por eso que se requirió una mayor investigación dado la importancia de amamantar a cada niño en la primera hora tras su nacimiento ya sea nacido por cesárea o parto normal, dándole solo leche materna y manteniendo esta práctica exclusivamente durante los primeros seis meses de vida y luego continuar dándole pecho hasta los dos años de edad, solo así se salvarían unas 800 000 vidas infantiles, así lo informó la OMS⁶.

Al respecto la OMS, en el 2015 también afirmó que a nivel mundial se registró, que solo el 40% de los lactantes recibieron leche materna exclusiva, y el Perú no es ajeno a esta realidad, pues en el 2012 se evidenció que la tasa de lactancia materna llegó a 67,5% ⁶; por lo que se infiere que un 32,5% de niños no son alimentados con leche materna y esta situación de abandono se agudizó aún más cuando el bebé viene tras una cesárea por que la madre post cesareada tiene ideas erróneas como: La anestesia y los medicamentos disminuyen la producción de leche materna, el alimento sucedáneo es mejor mientras ella se recupera de la intervención quirúrgica y por último el llanto vigoroso del bebé hace que piense que no se ha llenado y que necesitan una cantidad mayor.

Las investigadoras conocedoras de esta realidad y de la importancia de iniciar precozmente la lactancia materna

independientemente del tipo de parto, eutócico o distócico, es que se abordó a profundidad sobre las experiencias de las madres que perdieron contacto con su bebé tras una cesárea ya que el tiempo que permanecieron sin contacto influirá determinantemente sobre una lactancia materna exitosa a posteriori, tal como lo evidencia un estudio realizado por las matronas en España, donde muestran un resultado de 2,3 en sus valores de razón de prevalencia, reflejando que existe el doble de posibilidades de que los recién nacidos que han tenido contacto precoz con la madre sigan con lactancia materna al alta respecto a los que no lo han tenido⁷.

Así mismo, esta investigación es pertinente por ser la lactancia materna un derecho del niño para lograr su óptimo desarrollo nutricional y emocional sin dejar de lado el vínculo afectivo. Además a partir de las experiencias de sus madres, se permitirá mejorar estrategias en los hospitales que aún no fomenten el contacto piel con piel en madres cesareadas para que las ayuden a un buen comienzo de la lactancia tras la cesárea y de esta manera obtener los múltiples beneficios que proporciona la lactancia materna natural tanto para la madre como para el bebé, que redundará en la calidad de vida del niño y del futuro adulto que será.

Los resultados del presente trabajo de investigación serán de mucha relevancia, porque permitirá al personal de salud conocer las experiencias que tienen las madres primerizas post – cesárea en el comienzo de la lactancia materna; y de esta manera identificar aspectos que limita o facilita esta práctica, generando conocimientos que mejoren en las estrategias de promoción de la lactancia materna exclusiva como: un buen asesoramiento antes de someterse al parto, apoyo a las madres y a sus familias para que inicien exitosamente la lactancia materna y además para que se mantengan prácticas óptimas de amamantamiento por un largo período (6 meses), lo cual

repercutirá, seguramente, en una mejora de las tasas de lactancia materna y con ello la disminución de las muertes de los niños, por enfermedades respiratorias, diarreicas y desnutrición.

Esta investigación, también servirá de referencia para realizar nuevas investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas, ya que no se cuenta con muchas investigaciones de esta índole a nivel local y nacional, convirtiéndose en un tema relevante por tratarse de un grupo de madres cuyas experiencias en el comienzo de la lactancia materna son diferentes en cada una de ellas. Además de mantener de manera prolongada la continuidad de la lactancia materna al menos en los seis primeros meses de vida del bebé, asegurando de esta manera el bienestar del bebé.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes del problema

Después de una exhaustiva revisión bibliográfica acerca del tema se seleccionaron algunos trabajos de investigación tanto internacional como nacional que a continuación se presenta:

A nivel internacional se encontraron las siguientes investigaciones:

Reverté⁸, en su trabajo de investigación tuvo los resultados siguientes: después del parto el 92,3% de las madres tenían intención previa de iniciar LM, un 89,5% dio el pecho y de estos solo el 46,3 % mantuvo la LM por más de seis meses; los principales problemas al amamantar fueron la hipogalactia con un 15,6%, la aparición de grietas con un 13,8% y el 12,9 % la abandonó al incorporarse la madre al trabajo. En conclusión casi la totalidad de madres prefirió la LM; la intención previa ayudó a más madres a amamantar durante más tiempo, la educación posparto fue efectiva para mantener la lactancia durante más tiempo.

Palou⁹, en su trabajo de investigación, estudió a un grupo de 218 madres. Teniendo como resultados que el 37,6% de las madres mantenían la LM; y el 62,4% ya había concluido. Entre los principales motivos de abandono se encontraba la leche insuficiente con un 34,9% y la mastitis con un 6,9%. El tipo de parto mayoritario fue por cesárea (52,8%). Un 65,1% no había tenido experiencia previa en LM. Llegando a la conclusión final que al priorizar los recursos de apoyo profesional deberían tenerse en cuenta las madres primerizas o con experiencia anterior negativa. Además la información/ apoyo debe darse independientemente de la edad de la madre, el nivel de estudios,

constitución del núcleo familiar, situación laboral, tipo de parto o edad gestacional.

A nivel nacional se encontraron las siguientes investigaciones:

Molinero¹⁰, en su trabajo de investigación demostró que las madres que recibían apoyo por parte del enfermero disminuían 3 veces el riesgo de abandono de LM al alta hospitalaria (5,5%) con relación a las madres a las que se les aplicaba el protocolo habitual del servicio (15,38%), siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Los resultados muestran que un 39,8% de las mujeres tienen problemas para dar el pecho y un 72% necesita ayuda para iniciar la LM. Aproximadamente un 79,9% continúa con la LM, al alta hospitalaria gracias a nuestra intervención. En conclusión se debe actuar realizando la promoción de la LM instaurando acciones protocolizadas posnatales, y no solo intervenir cuando existan problemas en dar el pecho.

A nivel local, se realizó una búsqueda minuciosa; pero, no se encontraron antecedentes relacionados con la temática.

1.2 Base teórico- conceptual

En el análisis teórico de ésta investigación se tomó en cuenta el desarrollo de los siguientes conceptos: Experiencia, cesárea y lactancia materna; para ello se realizó la revisión de la literatura y se estableció una conexión lógica entre las palabras clave, para explicar las experiencias de las madres en el comienzo de la lactancia materna.

El primer concepto que se desarrolló fue; “experiencias,” que según el diccionario de la Real Academia Española (RAE), tiene cuatro acepciones. Por un lado, dice que son los “hechos de haber sentido, conocido o presenciado algo”. En su segunda acepción, señala que es la

“práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidades para hacer algo”, en tercer lugar, dice que es el “conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas” y; finalmente, señala, que son las “circunstancias o acontecimientos vividos por una persona¹¹.

Por otro lado, y queriendo profundizar en este concepto, desde la perspectiva filosófica, Wojtyla, hace referencia que la experiencia que el hombre tiene de sí mismo es la más rica y sin duda ninguna, la más compleja de todas las experiencias a las que tiene acceso. La experiencia que tiene el hombre puede obtener de alguna realidad externa así mismo, está siempre asociada a la experiencia del propio yo, de forma que nunca experimenta nada exterior sin al mismo tiempo tener la experiencia de sí mismo. Cuando hablamos de experiencias del hombre, nos referimos fundamentalmente al hecho de que en esta experiencia, el hombre tiene que entrenarse consigo mismo, es decir, entra en relación cognoscitiva con su propio yo¹².

Así mismo, Friedrich, agrega que la experiencia es la nuestra propia y para obtenerla hay que someterse a las penurias del viaje. Se puede sin duda informar a otro sobre nuestras experiencias, pero no transmitírselas. Su saber acerca de mis experiencias nunca se convertirá en su propia experiencia. Por eso los hombres no aprenden nada o solo muy poco de la experiencia de los demás. Cada uno debe repetirlas por sí mismo¹³.

En consecuencia, experiencia es el conocimiento de algo, que se adquiere luego de haberlo realizado, vivido o sentido una o varias veces. En este sentido las experiencias de las madres primerizas post-cesareadas en el comienzo de la lactancia materna, fueron consideradas como las vivencias únicas e irrepetibles, que fueron

manifestadas, descritas y expresadas de diferente manera por cada una de ellas, en relación cognoscitiva con su propio yo.

Otro de los conceptos que se desarrolló, fue “Cesárea”, al respecto Scharwcz, afirma que es una operación cuyo objetivo es la extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero. Siendo sus indicaciones maternas, fetales y ovulares. En primer lugar, las maternas se debe a una distocia ósea, distocia dinámica, distocias de partes blandas, rotura uterina, cesárea anterior; en segundo lugar las fetales se deben a una situación transversa pelviana, macrostomia fetal, sufrimiento fetal agudo, restricción del crecimiento fetal intrauterino, enfermedad hemolítica fetal grave, muerte habitual del feto y por último en las ovulares se encuentran la placenta previa, prociencia del cordón. Y como toda cirugía existen complicaciones inmediatas, mediatas y tardías como las hemorragias; herida en la vejiga, la peritonitis, fístulas uteroparietales, bridas o adherencias que pueden ocasionar una oclusión intestinal mecánica tardía¹⁴.

Por otra parte la OMS expone, que la cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, que es necesaria cuando el parto vaginal suponga un riesgo para la madre o el niño; como lo es un parto prolongado, sufrimiento fetal o presentación anómala, etc. Asimismo enfatiza que solamente deberían realizarse cuando está justificada desde el punto de vista médico, porque como toda cirugía está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años, es decir que la intervención puede afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como cualquier embarazo futuro. En definitiva estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral¹⁵.

Otros autores como Aller y Moreno, concuerdan con lo que se ha explicado anteriormente que la cesárea es una operación que debería realizarse solamente por indicaciones médicas cuando la vida de la madre y del bebé estén en riesgo, porque como toda cirugía está propensa a múltiples complicaciones¹⁶.

Por lo expuesto anteriormente, las investigadoras concluyen, que la intervención quirúrgica debería realizarse únicamente cuando la vida de la madre o del bebé se encuentre en peligro; sin embargo, cada día crece alrededor del mundo el número de gestantes que son sometidas a cesáreas por múltiples razones, desde la propia decisión de la gestante por temor al dolor descartan un parto vaginal. La importancia del tema se debe centrar en las graves complicaciones que suscitan las cesáreas repetitivas que puede conllevar a hemorragias, lesiones de vejiga entre otros. Asimismo se afirma que es mucho más sencillo y factible tratar de bajar los índices de cesáreas, actuando sobre las causas mismas que están influyendo sobre las cesáreas innecesarias.

El último término desarrollado, es sobre “lactancia materna”; al respecto el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) declara, que la leche materna es el mejor alimento para la salud y el desarrollo del bebé, ya que proporciona todas las vitaminas, minerales, enzimas y anticuerpos que los niños necesitan para crecer y prosperar. En este sentido la leche materna es segura, está siempre a la temperatura adecuada, no requiere preparación y está disponible incluso en entornos con malas condiciones de salubridad y agua potable. De esta manera, la lactancia materna garantiza el acceso de los bebés a una cantidad suficiente y segura de alimentos asequibles y nutritivos¹⁷.

La lactancia materna también promueve el desarrollo saludable del cerebro, un rendimiento educativo más elevado y disminuye el riesgo de obesidad y otras enfermedades crónicas. Además tiene el potencial de evitar el 12% de las muertes entre los niños menores de 5 años. Los niños que reciben leche materna de manera exclusiva tienen menos posibilidades de contraer diarrea y neumonía, y 14 veces más probabilidades de sobrevivir que los niños que no reciben leche materna. Asimismo las madres también se benefician de la lactancia materna porque les ayuda a prevenir la hemorragia después del parto, a reducir el riesgo de padecer cáncer de mama y ovario, y permite a las mujeres espaciar mejor sus embarazos¹⁸.

Por otro lado, la OMS, manifiesta que la lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños, debe ser exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, además es el alimento ideal para los recién nacidos y los lactantes, pues les aporta todos los nutrientes que necesitan para un desarrollo sano, contiene anticuerpos que ayudan a proteger a los lactantes de enfermedades frecuentes de la infancia como la diarrea y la neumonía, que son las dos causas principales de mortalidad en la niñez en todo el mundo. La leche materna es un producto asequible que puede conseguirse fácilmente, lo que ayuda a garantizar que el lactante tenga alimento suficiente¹⁹.

En efecto, la lactancia materna exclusiva también es beneficiosa para las madres. La lactancia materna exclusiva funciona como un método de control de la natalidad (98% de protección durante los primeros seis meses de vida), reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovario, diabetes de tipo 2 y depresión postparto. Además de los beneficios inmediatos para los niños, la lactancia materna propicia una buena salud durante toda la vida. Es decir que los adolescentes y adultos que fueron amamantados de niños tienen menos tendencia a

sufrir sobrepeso u obesidad y son menos propensos a sufrir diabetes de tipo 2 y obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia.

Sin embargo, nadie puede ignorar que las preparaciones para lactantes no contienen los anticuerpos que hay en la leche materna. Pues bien, los beneficios de la lactancia materna para las madres y los niños no pueden obtenerse con leches artificiales y si no se elaboran adecuadamente, conllevan posibles riesgos asociados al uso de agua insalubre y de material no esterilizado, o a la posible presencia de bacterias en la preparación en polvo, por consiguiente puede producirse un problema de malnutrición si el producto se diluye demasiado para “ahorrar”. Mientras que el amamantamiento frecuente mantiene la producción de leche materna, si se usa leche artificial pero de repente se deja de tener acceso a ella, el retorno a la lactancia natural puede ser imposible como consecuencia de la disminución de la producción materna¹⁹.

Aguayo declara, que la lactancia materna es la alimentación óptima para el recién nacido, siendo el calostro la leche que la madre produce en el último periodo del embarazo y puede durar hasta 4 o 5 días post parto. Aporta más proteína y menos grasas e hidratos de carbono que la leche madura, ya que es más rico en factor de crecimiento epidérmico (EGF) e IgA secretora, confiriendo al niño la inmunidad pasiva (IgA, IgG, IgM). El calostro se sustituye por una leche de transición (entre 6 y 10 días posparto), y que luego se convierte en madura a las 2 o 3 semanas²⁰.

Es decir, la leche madura no tiene una composición constante, sino que depende de varios factores, como la edad materna, la duración de la gestación, la hora del día, la duración de la lactancia, el momento de la toma. Siendo sus componentes agua, proteínas, (30 – 40% son caseínas y 60 – 70% son proteínas solubles, entre ellas la más

abundante es la lacto albúmina), lípidos, carbohidratos, inmunoglobulinas (IgA, IgG, IgM, minerales, vitaminas, hormonas, enzimas (amilasa, lipasa), factores antimicrobianos (lactoferrina, interferón, leucocitos) ²⁰.

Por lo tanto, para conseguir una lactancia materna exitosa se recomienda el contacto precoz a la primera hora de vida, incluso si el parto es por cesárea, el calostro es suficiente para los primeros días y estimula el vaciado intestinal. El nivel de la progesterona en sangre materna disminuye progresivamente y se suprime la acción inhibidora que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche, iniciándose la secreción láctea 30 a 40 horas después de la eliminación de la placenta llamándose lacto génesis. Por lo tanto la prolactina es la hormona que estimula la síntesis y secreción de la leche en los alveolos y el aumento de la secreción se debe fundamentalmente por el estímulo de la succión del bebé, gracias a la acción de la oxitocina que va a producir contracciones de las fibras musculares que rodean al alveolo, produciendo la eyección de la leche²⁰.

Por lo expuesto anteriormente, se concluyen, que la lactancia materna es el mejor y el más completo alimento para el recién nacido, pues proporciona un efecto protector de múltiples enfermedades, dado que el sistema inmunológico de los bebés sólo alcanza su madurez plena hacia los seis meses de vida, así mismo tiene beneficios para la madre y crea lazos de afecto que perdurarán por siempre. En definitiva la lactancia materna se debería proporcionar en la primera hora de vida del recién nacido ya sea de parto vaginal o de cesárea, debiendo ser exclusiva hasta los seis meses de edad y a libre demanda.

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de investigación

Desde el punto de vista metodológico, la investigación se desarrolló bajo el enfoque cualitativo²¹. Las investigadoras consideraron necesario realizar este tipo de estudio con la intención de conocer, analizar, interpretar y comprender la experiencia de las madres primerizas post- cesárea en el comienzo de la lactancia materna. Además profundizó en lo subjetivo, en el interior de cada una de ellas para conocer su sentir y su vivir cuando iniciaron la lactancia materna.

2.2 Abordaje metodológico

La metodología que se utilizó para esta investigación fue estudio de caso; este tipo de investigación nos permitió analizar y comprender a un grupo reducido de sujetos como son las madres sometidas a cesáreas y sus experiencias en el comienzo de la lactancia materna, considerando al sujeto como una entidad holística. Entre las características o principios que se asocian al estudio de caso según Ludke y André²² tenemos:

Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento; lo primero que se hizo en esta investigación fue la búsqueda y recopilación de información, relacionada con el tema, y así se delimitó con mayor exactitud el objeto de estudio. Además, en el transcurso de la exploración se recurrió a nuevas y actualizadas fuentes de información que guarden relación con la misma. Esto, permitió descubrir aspectos importantes en las experiencias de las madres primerizas post-cesárea en el comienzo de la lactancia materna y demás las investigadoras procuraron mantenerse atentas a nuevos elementos que pudieron surgir como importantes durante todo el estudio.

Se enfatizó “la interpretación en el contexto”, para esto se describió el contexto donde se sitúa el objeto de estudio las experiencias de las madres primerizas post-cesárea en el comienzo de la lactancia materna, el mismo que se contextualizó en un Hospital estatal nivel II de la ciudad de Chiclayo, realizando un análisis en función a las características de sus actitudes y comportamientos de las mismas dentro de este contexto.

Además se buscó retratar la realidad en forma compleja y profunda, para cumplir con este principio, las investigadoras procuraron revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determina situación o problema, enfocándolo como un todo: es decir; las investigadoras al estudiar las experiencias de las madres primerizas post cesárea en el comienzo de la lactancia materna pudieron identificar su sentir, sus pensamientos y sus maneras de actuar de forma interrelacionada, enfocándose como un todo, de tal manera que se pudo retratar sus experiencias tal cual las madres lo expresaron.

En un primer momento las investigadoras acudieron a una diversidad de fuentes de información como: libros, tesis, revistas, artículos, que les sirvió para profundizar el análisis de los datos. En un segundo momento se recolectó la información empleando la entrevista abierta a profundidad dirigidas a las madres y enfermeras, así como la observación no participante, de tal manera que se pudo obtener datos que permitió cruzar la información y profundizar en las experiencias de las madres.

Finalmente, se procuró representar los diferentes y conflictivos puntos de vista presentes en una situación social; es decir que cuando se presentó una situación en donde existen diferentes puntos de vista, u opiniones contrarias, las investigadoras procuraron realizar un análisis imparcial, lo que permitió el aprovechamiento del fenómeno

tal cual se da en la realidad y así poder comprender las experiencias de las madres en el comienzo de la lactancia materna, utilizando un lenguaje claro, sencillo, adecuado y completo, accesible al lector a fin de facilitar la comunicación y su comprensión.

Todo estudio de caso considera tres fases que según Nisbet citado por Ludke²² se desarrolla en tres momentos, una primera abierta o exploratoria; la segunda sistemática en términos de recolección de datos y la tercera, el análisis e interpretación de datos y la elaboración del informe; estas tres fases, se sobreponen en diferentes momentos de la investigación.

A continuación se detalla el desarrollo de cada una.

Fase exploratoria o abierta: la presente investigación partió de algunas preguntas o puntos críticos que las investigadoras se plantearon a partir de la realidad observada durante sus prácticas hospitalarias. En este caso, se comenzó con la formulación de las preguntas poco delimitadas, que se mejoraron conforme se iba confrontando con la literatura y consultando con diversas investigaciones similares sobre la problemática encontrada; lo que permitió puntualizar el objeto a investigar que son “las experiencias de las madres primerizas post cesárea en el comienzo de la lactancia materna” en un Hospital de Chiclayo.

Fase sistemática o de delimitación del estudio: una vez que fueron identificados los elementos claves, las investigadoras utilizaron una guía de entrevista abierta a profundidad para las madres y enfermeras, además hicieron uso de la guía observación no participante, para poder llegar a un conocimiento y comprensión más completa respecto a las experiencias de las madres post-cesárea en el comienzo de la lactancia.

Fase de análisis sistemático: En esta fase las investigadoras procedieron a unir la información, analizarla y mostrarla a los informantes quienes manifestaron sus reacciones sobre la importancia de lo que se está relatando; en este caso se analizaron las respuestas de las madres primerizas sobre su experiencia en el comienzo de la lactancia materna, donde las investigadoras lograron clasificarlos y construir la investigación en estudio. Asimismo, también se analizaron las respuestas de las enfermeras y por último se describió la observación no participante.

2.3 Sujetos de investigación

Los sujetos de investigación estuvieron constituidos por 17 madres primerizas post – cesareadas del servicio de Ginecología y alojamiento conjunto, quienes fueron seleccionadas considerando criterios de inclusión: madres primerizas mayores de 18 años, que fueron programadas para una cesárea y que además desearon participar voluntariamente de la investigación. Se excluyeron a las madres que participaron en la muestra piloto y a las madres que presentaron complicaciones durante la cirugía.

Las edades de las madres entrevistadas oscilaron entre 19 y 30 años, el 71% (12) y entre 31 y 40 años, el 29 % (5); con respecto al nivel de educación, el 82% (14) de las madres indicaron tener estudios superiores y el 18% (03) indicaron tener secundaria completa. Además se evidencio que el 88% (15) proceden de Chiclayo y el 12% (02) proceden del distrito de Ferreñafe.

Asimismo, para proporcionar una visión múltiple y sumamente enriquecedora con el propósito de incrementar la confiabilidad de los resultados y minimizar el sesgo en la investigación, se realizó la técnica de triangulación. Para ello se entrevistó a 05 enfermeras que laboran en el servicio de ginecología y alojamiento conjunto; cuyas edades

oscilan entre 30 y 40 años, 60%(03) y entre 42 a 58, el 40% (02), que trabajan en el servicio por más de 03 años; cuyas especialidades son en emergencia, cuidados intensivos y sala de operaciones y ninguna con especialidad en el servicio de neonatología.

Además se realizó observación no participante que permitió recoger información desde afuera sobre el fenómeno investigado sin que las investigadoras intervengan en el cuidado; con el objeto de observar el comportamiento, actitudes tanto de las madres como de las enfermeras en el comienzo de la lactancia materna, durante este procedimiento se fue anotando a detalle en un diario de campo todo lo observado.

Para garantizar la confidencialidad de las madres y enfermeras se les asignaron códigos para su identificación. Las madres fueron identificadas con (M001, M002,...M17) y las enfermeras con (E001, E002....E005). Asimismo en la observación no participante se le asignó el código (Obs. 001, Obs. 002.....Obs 017).

2.4 Escenario

El escenario de la presente investigación lo constituyó el servicio de Gineco- obstetricia y alojamiento conjunto del Hospital nivel II Luis Heysen Inchaústegui- EsSalud. Es aquí, donde se realizó la recolección de todos los datos por parte de las madres y enfermeras. El servicio cuenta con 7 años de creación, está conformado por 10 médicos ginecólogos, 18 licenciadas en obstetricias, 05 licenciadas en enfermería y 05 técnicos en enfermería. Atiende a mujeres con problemas ginecológicos, gestantes, puérperas de parto eutócico, distócico y sus recién nacidos.

En este servicio las gestantes son atendidas por el profesional de obstetricia, mientras que las pacientes ginecológicas y puérperas

con sus recién nacidos, son atendidas por el personal de enfermería. Se brinda atención a un promedio de 30 pacientes por día. Además, cuenta con un star para enfermería y obstetricia, un ambiente de alojamiento conjunto amplio confortable y amueblado para el baño de los recién nacidos y en donde se brinda educación a las madres, 01 tópico de enfermería, 17 habitaciones con baño propio para alojar a 02 pacientes por habitación, insumos y equipos médicos que permiten la atención en el cuidado de los pacientes.

Para brindar comodidad y privacidad a las participantes durante las entrevistas, se coordinó y se preparó la sala de espera del servicio de alojamiento conjunto, en este lugar ellas pudieron contestar con toda tranquilidad a las preguntas de la entrevista.

2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Una técnica de recolección de datos en esta investigación, fue la entrevista semi -estructurada abierta a profundidad, que se llevó a cabo con cada madre primeriza post-cesárea y las investigadoras, a través del cual hubo un intercambio directo de información y se efectuó de manera personalizada manteniendo la confidencialidad de cada participante a través de los códigos antes mencionados; gracias al uso de la guía de entrevista, se pudo centrar en el objeto de la investigación, es decir las experiencias de las madres primerizas en el comienzo de la lactancia materna, siendo registrada en un grabador de voz; así mismo, se utilizó un cuaderno de campo donde se fue anotando de manera detallada las expresiones no verbales observadas en las madres durante la entrevista.

En un primer momento, se dialogó con las madres antes de iniciar la entrevista para poder establecer una relación de empatía, donde se les garantizó la total confidencialidad proporcionándoles un seudónimo (M001, M002, M003,...M017).

La entrevista a las madres primerizas post cesárea (Anexo N°3), se realizó después que fueron evaluadas por el médico y tuvieron la orden de alta, es decir después de las 48 horas post operatorio y mientras su familiar realizaba la gestión del alta. Se llevó a cabo en la sala de espera de alojamiento conjunto, proporcionándoles comodidad y privacidad, mientras que la entrevista a las enfermeras (Anexo N°4) se realizó después de su jornada de trabajo y también en el ambiente antes mencionado, para lo cual se coordinó previamente con la coordinadora del servicio, de tal manera que las madres y las enfermeras se sientan cómodas y en confianza para expresar lo que piensan. Las entrevistas tuvieron una duración aproximadamente de 30 minutos como mínimo y como máximo 60 minutos.

Las guías de entrevista aplicadas tanto para las madres como para las enfermeras en su estructura presenta 2 partes, en la primera se detalla los datos personales de cada una de ellas y un código correlativo según corresponda (MOO1...MOO7 y EOO1...EOO7) y en la segunda parte se detalla las preguntas según orden de importancia lo que dirigió y permitió profundizar en el tema de investigación.

Otra técnica que se utilizó fue la observación no participante (Anexo N°5) que se le asignó el código (Obs.001...Obs.017), que permitió recoger información desde afuera sin que las investigadoras intervengan en el cuidado, hecho o fenómeno investigado; se ejecutó en el servicio de alojamiento conjunto, durante el comienzo de la lactancia materna, de manera indirecta, durante los días de descanso de una de las investigadoras, quien labora en el servicio desde hace 6 años. El objetivo de ejecutar la observación no participante fue porque nos proporcionó descripciones del comportamiento, actitudes tanto de las madres como de las enfermeras en el comienzo de la lactancia materna.

Todos los instrumentos que se utilizaron fueron validados por juicio de expertos: dos enfermeras, con experiencia en la temática y la metodología por más de 15 años, quienes analizaron los instrumentos emitiendo sus sugerencias respectivas y en base a eso se realizó los reajustes necesarios a cada uno de los instrumentos. Una vez levantadas las sugerencias y aprobado el proyecto por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina, se realizó la validación por instrumento de la prueba piloto con tres madres que luego de explicarles los fines de la investigación aceptaron participar voluntariamente firmando el consentimiento informado. Se aplicó la guía de entrevista en el servicio de ginecología y alojamiento conjunto del Hospital Luis Heysen Inchàustegui; cabe resaltar que la información proporcionada por dichos sujetos no formó parte de los resultados de esta investigación.

2.6 Procedimiento

La investigación fue inscrita como proyecto en el catálogo de Tesis de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, luego de la aprobación del jurado; la aprobación del comité de ética en Investigación de la Facultad de Medicina; se solicitó el permiso correspondiente al Comité de Investigación del Hospital; a las coordinadoras del servicio y jefe del Departamento de ginecología, cumpliendo de esta manera con todos los requisitos que solicitaron pudiendo garantizar el normal desarrollo de la investigación.

Obtenido el permiso solicitamos, a la coordinadora del servicio las historias clínicas para su revisión respectiva y así lograr realizar la preselección de las madres teniendo en cuenta los criterios de inclusión antes de ser intervenidas quirúrgicamente para invitarlas a participar de la investigación. Luego se brindó información a las participantes, los objetivos y el proceso de recojo de información

sellándose el compromiso de su participación libre y voluntaria con la firma del consentimiento informado.

Con respecto a la entrevista de las madres se entrevistó a aquellas madres con orden de alta, tras su evaluación médica (pasadas las 48 horas de post operadas). Se les comunicó que la entrevista sería grabada, con un grabador de voz, con fines de investigación y que se guardaría con confidencialidad su identificación, asignándoles un código. Cada entrevista fue realizada en la sala de espera de alojamiento conjunto, ambiente cómodo y libre de distractores para la madre, utilizando un promedio de 30 a 60 minutos.

Se anotaron gestos o actitudes de la madre en un cuaderno de campo; después de la entrevista se brindó una sesión educativa referente a la lactancia materna exclusiva en forma individual, sobre los beneficios, técnicas y posiciones para una adecuada lactancia, también se hizo entrega de trípticos referentes al tema. Asimismo, se entrevistó a las enfermeras que laboran en el servicio de alojamiento conjunto, al finalizar la recolección de datos de las madres y fuera del horario de trabajo, previa coordinación con ellas.

Para dar mayor validez a los resultados y corroborar si están de acuerdo o no con lo manifestado, se hizo escuchar la grabación de la entrevista tanto a las madres como a las enfermeras; posteriormente fueron transcritas cada una en una hoja de texto a medida que se iba recolectando la muestra con la finalidad de mejorar el proceso de recolección de datos. En algunos casos (solo enfermeras) se regresó al escenario para profundizar en algunas entrevistas y en otros casos se regresó para completar el tamaño de la muestra, la misma que se estableció teniendo en cuenta los criterios de saturación y redundancia y de inclusión y finalmente se dio inicio al procesamiento. Al finalizar

cada entrevista se brindó una sesión educativa a las madres de manera personalizada y se les hizo entrega de un tríptico.

Para la aplicación de la técnica de observación no participante se hizo de manera discreta sin que los sujetos de investigación percibieran que estaban siendo observados, se realizó la observación en cuanto la madre primeriza post-cesárea ingresa al servicio; se desarrolló previa verificación en la historia clínica de que no haya presentado ninguna complicación durante la cirugía; esta observación continuó durante los días que se encontró hospitalizada (dos días) y por un espacio de seis horas por las mañanas, anotando en un cuaderno de campo todo comportamiento y actitud de la madre y la enfermera en el comienzo de la lactancia materna.

Cabe mencionar que una de las investigadoras labora en el servicio de alojamiento conjunto desde hace 6 años, y fue el contacto directo para obtener los datos necesarios, pues estuvo atenta durante los turnos de trabajo y en los días pre – operatorios y operatorios para captar a las madres y aplicar los instrumentos. Con respecto a la observación no participante, una de las la investigadoras ejecutó dicha técnica en los días de descanso, sin que los sujetos de investigación se enteraran que estaban siendo observados para que no modifiquen su comportamiento o actitud, mientras que la otra investigadora realizaba las entrevistas a madres y enfermeras. Es necesario resaltar que para desarrollar la misma se solicitó con anticipación el permiso respectivo a los jefes de servicio.

Toda la información que se recolectó se guardará por 3 años con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación o auditabilidad de la presente investigación.

2.7 Análisis de datos

El análisis de datos se realizó mediante el Análisis Temático; el cual parte de datos textuales, trata de descomponer el Corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía. Es decir, considerando las similitudes o semejanzas que existieran entre estas, en función a los criterios preestablecidos. El análisis contenido según Lupicino²³, comprende tres etapas:

Pre análisis: es la etapa de organización del material a analizar, en la que se diseña y definen los ejes del plan que permitió examinar los datos y realizar efectivamente el análisis de contenido. En esta primera etapa, las investigadoras transcribieron y organizaron las entrevistas que se realizaron a las madres y a las enfermeras, las cuales fueron ordenadas en forma numérica, después se realizó la lectura y re-lectura con la finalidad de seleccionar los datos más relevantes que se sometieron al análisis, logrando la familiarización de las investigadoras con el contenido, permitiendo tener una idea general de los resultados y estableciendo una posible esquematización de los mismos.

La segunda etapa de Codificación: consistió en realizar una transformación de los “datos brutos” (el material original) a los “datos útiles”. Las operaciones implicadas en esta etapa fueron la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento de unidades de registro, y la categorización de elementos. En esta etapa se realizó el análisis de las entrevistas a las madres y enfermeras y de la observación no participante, de los cuales fueron descartados los datos que no sirvieron de utilidad para las investigadoras, estableciéndose finalmente los discursos y unidades significativas para la investigación.

Y por último en la tercera etapa, que es la **Categorización**: se organizaron y clasificaron las unidades significativas obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización fue el semántico; es decir, se agruparon las unidades por similitudes en cuanto a su significado. Y finalizando el análisis de datos se agruparon las unidades de significado para dar paso a las categorías, junto con sus respectivas sub-categorías.

En el presente estudio, se hizo uso de la triangulación, según Martínez²⁴, esto implica que los datos que se recogieron fueron de diversos puntos de vista y que permitieron realizar comparaciones múltiples de un fenómeno único, de un grupo en varios momentos, utilizando perspectivas diversas y múltiples procedimientos.

El tipo de triangulación que se utilizó en el presente estudio, fue el de informantes y sujetos; que consistió en el recojo de datos proporcionados en la entrevista a madres primerizas y enfermeras. Por otro lado se utilizó también la triangulación de métodos, al utilizar como técnica de recolección de datos la entrevista y la observación no participante.

Esto permitió conocer y contrastar los múltiples puntos de vista que se conjugaron en una misma circunstancia, lo que constituye una práctica esencial que ayudó a la aproximación de un entendimiento profundo sobre las experiencias de las madres primerizas de la lactancia materna.

2.8 Criterios éticos

La presente investigación tuvo en cuenta los principios de la ética Personalista de Sgreccia²⁵.

El principio de respeto a la vida humana: Durante el proceso de esta investigación se respetó la dignidad de los sujetos de estudio, no se les sometió a situaciones que les haya significado algún tipo de sufrimiento emocional, social y físico. Además, se respetó y protegió en todo momento su identidad, lo cual se logró a través del uso de códigos para garantizar su privacidad, en la información obtenida. Cabe mencionar que solo se publicará los resultados generales en forma de artículo científico en alguna revista científica, siempre protegiendo la identidad de los sujetos.

Principio de libertad y responsabilidad: los sujetos de estudio tuvieron la libre elección de elegir si desean o no participar de la investigación; para ello, brindaron su autorización mediante el consentimiento informado.

El principio de sociabilidad y subsidiaridad: se tuvo una escucha activa y una relación empática con los sujetos de la investigación. También luego de cada entrevista realizada a las madres, se les brindó una sesión educativa personalizada sobre la lactancia materna, sus beneficios, técnicas y posiciones para una adecuada lactancia; asimismo se les hizo entrega de un tríptico referente al tema. Asimismo, los resultados del presente trabajo de investigación sobre las experiencias de las madres primerizas, contribuirá a la sociedad, la ciencia y la disciplina de enfermería. En cuanto a los resultados generales se publicará en forma de artículo científico en una revista científica.

2.9 Criterios de rigor científico

Existen criterios que evalúan el rigor y la calidad científica del presente estudio cualitativo. Estos criterios son: credibilidad, adaptabilidad y transferibilidad, sustentados por Lincoln y Guba²⁶.

La Credibilidad: este criterio tiene valor puesto que, todo lo que se menciona en esta investigación está sustentado con base científica, además porque los datos se recolectaron de los sujetos involucrados en el fenómeno de estudio: madres y enfermeras. También se puso en práctica la recepción de datos, ya que fueron guardados en un grabador de voz, luego fueron transcritas sin ninguna alteración siendo verificadas a través del chequeo de participantes; para ello las investigadoras retornaron al escenario de la investigación para confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares.

Auditabilidad o Confirmabilidad: se logra cuando otro investigador posee la habilidad de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha realizado. Para ello fue necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador tuvo en relación al estudio. Este criterio se aplicará en el momento de realizar el informe final de tesis con la elaboración de un artículo científico que posteriormente será publicado en páginas web, foros, bibliotecas virtuales y otros medios de publicidad donde puedan servir como punto de partida para realizar otras investigaciones relacionadas con la temática.

Transferibilidad o Aplicabilidad: consiste en la posibilidad de transferir o extender los resultados del estudio a otras poblaciones, aquí se trata de examinar qué tanto se ajustarán los resultados con otro contexto. La importancia de este criterio radicará en la aplicabilidad de la investigación en diferentes grupos, es por eso que se describió en forma detallada el lugar y características donde el

fenómeno es estudiado. El estudio servirá de ayuda para elaborar una propuesta de educación para la salud, dirigida a las madres a partir de los resultados publicados.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS

El tratamiento minucioso de los datos recolectados permitió determinar elementos significativos en relación con los objetivos de investigación, dichos elementos fueron agrupados de acuerdo a su sentido semántico. Posterior a ello, se tuvieron las siguientes categorías:

- I.- Experiencias en el comienzo de la lactancia materna post-cesárea.
- II.- El fomento de la lactancia materna post-cesárea.
- III.- Factores que impiden el comienzo exitoso de la lactancia materna post-cesárea.

I. Experiencias en el comienzo de la lactancia materna.

El término “experiencia”, tiene varios significados, en su primera acepción hace referencia a los “hechos de haber sentido, conocido o presenciado algo”. En su segunda acepción, señala que es la “práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidades para hacer algo”, en tercer lugar, dice que es el “conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas” y; finalmente, señala, que son las “circunstancias o acontecimientos vividos por una persona¹¹.”

Por otro lado, y profundizando en el significado de experiencia, la perspectiva filosófica; para Wojtyla, la experiencia que el hombre tiene de sí mismo es la más rica y sin duda ninguna, la más compleja de todas las experiencias a las que tiene acceso; y la puede obtener de alguna realidad externa así mismo, está siempre asociada a la experiencia del propio yo, de forma que nunca experimenta nada exterior sin al mismo tiempo tener la experiencia de sí mismo. Cuando hablamos de experiencias del hombre, nos referimos fundamentalmente al hecho de que en esta experiencia, el hombre

tiene que entrenarse consigo mismo, es decir, entra en relación cognoscitiva con su propio yo¹².

Friedrich, agrega que la experiencia es la nuestra propia y para obtenerla hay que someterse a las penurias del viaje. Se puede sin duda informar a otro sobre nuestras experiencias, pero no transmitírselas. Su saber acerca de mis experiencias nunca se convertirá en su propia experiencia. Por eso los hombres no aprenden nada o solo muy poco de la experiencia de los demás. Cada uno debe repetirlas por sí mismo¹³.

En conclusión la experiencia que cada madre tiene es la que ha vivido en su vida cotidiana o cuando se ha enfrentado ante una circunstancia específica como lo es: el comienzo de la lactancia materna post cesárea y por lo tanto esa experiencia vivida es única y que solo la conoce la madre, pues no se puede transmitir; sin embargo le aporta conocimientos y habilidades para desempeñarse a futuro. Cada una de ellas ha entrado en una relación cognoscitiva con su propio yo, de tal manera que cada una ha vivido de manera diferente la experiencia en el comienzo de la lactancia materna, experimentando algunas de ellas miedos, dudas, desconocimiento, dolor, temor y otras en menor proporción se llenan de emoción, alegría etc. Pero de lo que si se está seguro es que para todas ha sido una experiencia inolvidable que le marca su vida tal como lo evidencian los siguientes discursos:

“... es una experiencia novedosa para mí, tenía muchas dudas, mucho miedo, temor, de cómo era todo esto de la lactancia materna...” (MO01).

“... mi experiencia ha sido algo maravillosa. Como ya sabía las técnicas de la lactancia materna entonces lo he puesto solamente en práctica lo que en conocimiento teórico ya sabía.” (MO02).

Sin embargo hay un grupo de madres que manifiestan todo lo contrario:

“... es una experiencia terrible, la cesárea, el corte que he tenido y el tremendo dolor que siento al levantarme. Incluso cuando colocaban a mi bebé en la cama; igual me dolía, no podía colocarme de costado, no podía dar de lactar.” (M004).

“... al inicio me ponía un poco nerviosa porque es mi primer bebé, y uno... no sabe cómo es darle de lactar. Entonces me desesperaba porque mi gordita lloraba mucho y se desesperaba por mamar...” (M012).

De las madres entrevistadas solo el 41.18% de ellas refieren haber tenido una experiencia maravillosa en el inicio de la lactancia materna descrita en alegría, entusiasmo, emoción de tener en brazos a su bebé; en cambio el 58.82% de madres restantes refieren que fue una experiencia no muy buena, alguna de ellas la describen como terrible por que experimentaron mucho dolor en la herida operatoria unido con el temor de la dehiscencia de la misma, acompañado de nerviosismo por desconocimiento de los cuidados al bebé. Confirmando de esta manera que es importante que las madres tengan conocimiento de lactancia materna antes de enfrentarse a una situación dolorosa y estresante, pues se corroboró que las madres que tuvieron una experiencia maravillosa conocían aspectos de lactancia materna y técnicas de amamantamiento lo que facilitó estar mejor preparadas y dispuestas para enfrentar una experiencia negativa y tener un buen inicio en la Lactancia materna.

Tal como se evidencia en un estudio realizado por Gonzales donde concluye que el contacto temprano de la madre y su hijo constituyó un estímulo decisivo en el comienzo y mantenimiento a largo plazo de la lactancia materna. Además las cesáreas condicionaron un retraso del amamantamiento con frecuencia innecesario, hecho que se tradujo en acortamientos de la lactancia. El mejor nivel de instrucción materna influyó positivamente en la

lactancia materna exclusiva, probablemente vinculado a la disponibilidad de información sobre los beneficios de esta para la madre y sus hijos. Las razones invocadas, por las madres como causas de abandono de la alimentación a pecho fueron consideradas de peso relativo y relacionadas a la escasa puesta en marcha de acciones anticipatorias por parte de los equipos de salud y de las familias involucradas²⁷.

Así mismo coincide con otras investigaciones donde concluyen que el 51% de las madres primerizas tienen una actitud favorable para dar de amamantar, mientras el 33% manifiesta que la leche artificial es la mejor opción para su bebé y un 16% están en desacuerdo que el buen agarre y la posición del bebé evitan grietas y dolor en los pezones. Por otro lado el 40% de madres les produce alegría y satisfacción saber que la lactancia materna ayuda en el crecimiento y desarrollo del bebé, mientras el 60% les desagrada dar de lactar porque les produce dolor en los pezones durante la lactancia materna²⁸.

Lo manifestado por las madres en la entrevista se corrobora con la observación no participante:

“... llega la madre al servicio de gineco-obstetricia. En su rostro se refleja el dolor, por la operación, se escucha un quejido de dolor; se desliza con dificultad hacia la otra cama... Después de 30 minutos la enfermera lleva al bebé junto su madre y le dice: Señora coloque al bebé en su pecho, además tiene que ponerse de costado”... se observa en la madre un rostro fruncido por el dolor y refiere sentirse preocupada porque no tiene leche...” (obs. 001).

“..... se observa que la madre llega a su habitación con vía periférica perfundiéndole cloruro de sodio al 9% x1000 más agregados para el dolor (100 gr de tramal+ 2 gr metamizol) la enfermera la arregla en su unidad y luego le verifica la producción de calostro presionándole el pezón, además le explica que aunque la producción sea muy poca es importante que el bebé succione para que pueda producir leche, se observa que la madre mira al bebe lo besa, le sonríe y en su rostro se refleja felicidad a pesar del dolor post operatorio, observándola con mucha mayor disposición para movilizarla e iniciar la lactancia...” (obs.012).

Los discursos de las madres coinciden con las observaciones realizadas por las investigadoras que evidenciaron en el rostro de algunas de ellas; el dolor de la cirugía, el temor, la inexperiencia de las técnicas del amamantamiento y la negatividad para iniciar cuanto antes la lactancia, elementos que hicieron que su primera experiencia en el comienzo de la misma fuese “terrible” como lo mencionan la gran mayoría; lo que se traduce que las madres han vivido una experiencia externa negativa que influirá en su siguiente experiencia pero que esto no debería ser determinante pues; para cuando llegue el momento de tener a su segundo bebé, esta experiencia terrible puede convertirse en una experiencia diferente llena de emoción, alegría total.

Por tal razón, las investigadoras concluyen que la intervención quirúrgica debería realizarse únicamente cuando la vida de la madre o del bebé se encuentre en peligro, tal como lo refiere Aller y Moreno¹⁶, que la cesárea es una operación que debería realizarse solamente por indicaciones médicas cuando la vida de la madre y del bebé estén en riesgo, porque como toda cirugía está propensa a múltiples complicaciones, ya que las madres se someten a experiencias traumáticas que a corto y largo plazo influyen en el estado emocional de la madre y del bebé interfiriendo de esta manera en el comienzo de una lactancia materna exitosa. Sin embargo cada día crece alrededor del mundo el número de gestantes que son sometidas a cesáreas por múltiples razones desde la propia decisión de la gestante por temor al dolor del trabajo de parto vaginal, sin tener en cuenta en las graves complicaciones para las madres que suscitan las cesáreas repetitivas que puede conllevar a hemorragias, lesiones de vejiga entre otros y posibles complicaciones a largo plazo que recae en el estado emocional, desarrollo cerebral del bebé al perder contacto piel con piel con su madre y el romperse el inicio exitoso de una lactancia materna para asegurar la alimentación del bebé.

Por consiguiente, las experiencias de las madres también se traducen en la expresión de sentimientos y emociones ya sean placenteras o no placenteros. Para Yankovic, la emoción es la reacción inmediata del ser vivo a una situación que le es favorable o desfavorable; es inmediata en el sentido de que está condensada y, por así decirlo, resumida en la tonalidad sentimental, placentera o dolorosa, la cual basta para poner en alarma al ser vivo y disponerlo para afrontar la situación con los medios a su alcance. Asimismo, los sentimientos son la expresión mental de las emociones; es decir, se habla de sentimientos cuando la emoción es codificada en el cerebro y la persona es capaz de identificar la emoción específica que experimenta: alegría, pena, rabia, soledad, tristeza, vergüenza, etc²⁹.

Tal como se puede observar en los siguientes discursos expresados por las madres:

“... mi bebé llorando y no poder darle mi seno, porque no salía nada, prácticamente cero, y me siento un poco impotente no abastecerle a mi bebito.” (MOO4).

“... cogí con mucha alegría a mi bebé. Y entonces pude darle de lactar, a pesar de ser muy doloroso.” (MOO7).

Analizando los discursos antes mencionados, la experiencia en el comienzo de la lactancia materna; para algunas madres se suscitaron en una mezcla de sentimientos y emociones enmarcados por la impotencia y la alegría. Experiencias vividas en cada una de ellas de manera diferente que le aportará de conocimientos y habilidades para un futuro.

Así mismo coincide con la investigación de Fajardo donde concluye que las mujeres cuando están en el proceso de brindar la lactancia materna, les hacen inspirar una serie de sentimientos satisfactorios y gratificantes, es decir, que en el primer instante de brindar seno a un bebé, ellas viven una experiencia bonita y

maravillosa. También comentan que se sienten contentas porque por medio de la lactancia materna, ellas pueden brindar amor, afecto, calor y defensas para la buena salud de los niños. Durante el amamantamiento las mujeres expresan que se pueden presentar una serie de problemas dolorosos, como son las grietas en los pezones y esto hace que se dificulte un poco la lactancia materna, pero que a pesar del dolor ellas prefieren siempre brindarla³⁰.

Ramoalho en su investigación concluye que en las observaciones se ha detectado mucha dificultad por parte de las madres en establecer una relación que corresponda a las necesidades del recién nacido. Por consiguiente el 13% expresan sentimientos de alegría y el cambio el 87% verbalizaron angustias, miedos³¹.

Por todo lo antes mencionado se evidencia que las madres a pesar de la experiencia negativa que viven se sobreponen con esfuerzo y se despierta el rol maternal y el deseo de alimentar a su bebé creando así un espacio para fomentar la LM y de acuerdo con la Guía técnica para la consejería en la lactancia materna existen cinco momentos importantes para que se lleve a cabo una lactancia materna exitosa que a continuación se explicará.

II. Fomento de la lactancia materna tras la cesárea.

La lactancia materna es un término que se utiliza en forma genérica para señalar la alimentación del recién nacido y lactante, a través del seno materno, siendo la leche materna el mejor regalo para comenzar la vida del bebé y la forma natural que las madres alimentan a sus infantes³².

La OMS y UNICEF, recomiendan que todos los niños reciban lactancia exclusiva a partir del nacimiento durante los primeros 6 meses de vida, y que continúen con la lactancia materna junto con

alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida y posteriormente³³.

Siendo la leche materna el mejor alimento que un bebé puede recibir, pues a través de ella, también se recibe protección contra las enfermedades específicas a las que ha estado expuesta su madre; es decir, la leche le proporciona los anticuerpos que ella ha desarrollado para que, a partir de éstos, el bebé pueda desarrollar su propio sistema inmunológico. Una buena práctica de la lactancia evita que los bebés padezcan enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias y de oído, alergias, anemia o que desarrollen enfermedades crónicas que afecten su vida más adelante, como lo pueden ser una cardiopatía, diabetes tipo 2, hipertensión u obesidad³⁴.

Asimismo y de acuerdo con la Guía Técnica de Consejería en la Lactancia materna se considera cinco momentos, debiéndose asegurar una secuencia temática. Un momento de consejería es el tiempo en el que se desarrolla un conjunto de acciones en un determinado lugar de interrelación entre la unidad "mamá-bebé" y la consejera (o) en lactancia³⁵.

Momento 1: Inicio de la consejería

El inicio de la consejería es un proceso educativo comunicacional realizado por el personal de salud capacitado en consejería y en lactancia materna, que va a brindar información y apoyo oportuno a la gestante, puérpera y/o madre en relación a su lactancia, de acuerdo a sus necesidades, para que sea capaz de tomar su propia decisión acerca del amamantamiento de su hija o hijo. Y además se puede brindar en el establecimiento de salud o en el hogar. En cualquiera de los casos se deben identificar las necesidades de la gestante, puérpera o de la madre, teniendo en cuenta el contexto

familiar y comunal, pues constituyen el entorno natural en el cual ella se desenvuelve³⁵.

En la presente investigación las enfermeras abordan a las madres para iniciar la consejería en lactancia materna; desde que la madre llega de sala de operaciones al servicio de alojamiento conjunto y es ubicada en su unidad.

“... desde que llega el recién nacido con su mamá lo primero que hacemos es el apego para ver y evaluar la producción del calostro, si es poco, si es regular o está dentro de lo normal. Vamos, evaluando y apoyando a la madre explicándole la importancia del apego para que su bebé pueda tener una lactancia materna exitosa y pueda aprovechar al máximo la primera toma del calostro...”(E001).

“... se les explica sobre la técnica de amamantamiento, la postura que adopta la madre, y la formación de pezón; se educa de acuerdo al nivel cultural de cada madre para ayudarla a que tenga un buen inicio en la lactancia materna y sobre todo en las madres primerizas...” (E003).

Las unidades de análisis antes mencionadas, se corroboran con los discursos de las madres:

“... me han ido orientando, educando sobre la forma de dar de lactar para tener una mejor técnica de lactancia materna...” (M002).

“... me siento más preparada, la enfermera me ha explicado sobre la importancia de la lactancia materna y los cuidados que debo tener con mi bebé...” (M004).

Por otro lado; hay un grupo de madres que expresan lo opuesto:

“... venían y solo me presionaban el pezón para ver si tenía leche y nada más, te decían que le des y le des, pero nada más...decían que “si tienes calostro...” (M006).

“... sí, he recibido orientación pero no ha sido muy fructífero en el sentido de que no han tenido la paciencia necesaria para nosotros encaminarnos, decirnos cuán importante es la lactancia. De repente he sentido cierta indiferencia...” (M011).

Lo expresado por las enfermeras y las madres, las investigadoras lo corroboran haciendo uso de la observación no participante:

“... la enfermera de turno entra en la habitación, observa que la madre ha iniciado el apego, valora la producción de calostro, le explica que debe continuar dándole el pecho, también le explica la importancia del calostro...” (obs.003).

“... la enfermera valora la producción de calostro y se retira; no se observa que algún momento le explique las técnicas de amamantamiento o la importancia de la lactancia...” (obs.009).

Analizando los discursos antes mencionados, un 52.94% de madres afirman que durante su estancia hospitalaria recibieron apoyo manifestando haber sido educadas y orientadas sobre las técnicas de amamantamiento, las posturas y la importancia de la lactancia materna quedando satisfechas y preparadas con la orientación brindada por las enfermeras ya que esto les permitió un buen inicio en la lactancia. En cambio un 47.05% de las madres entrevistadas manifiestan su descontento ya que como lo mencionan en las entrevistas no ha sido de todo fructífero, porque solamente llegaban a preguntar si tenían producción de leche y se iban, no las educaban, ni orientaban como ellas necesitaban, tanto que se sentían frustradas y no lograron tener un inicio exitoso en la lactancia materna.

Lo mencionado anteriormente se puede corroborar con la observación no participante, pues las investigadoras pudieron constatar que un 40% de profesionales de enfermería se toman un tiempo prudente para explicarles a las madres la importancia de la lactancia materna y además algunas técnicas que favorecen la misma; mientras que un 60% solamente verifican la producción del calostro pero no se detienen a esclarecer algunas dudas o temores de las madres primerizas.

Esto se evidencia en un estudio de investigación realizado por Pinzón donde demostró que el 92% de personal de salud de las Instituciones amigas de la mujer y la infancia no está formando en consejería en lactancia materna. Las madres reportaron ausencia en la misma. Lo cual concluye que las madres no vivieron una consejería, lo que les generó mayor inseguridad y desconfianza en su capacidad para lactar y experimentar dificultades y problemas. Es por eso que es necesario establecer un consenso sobre lo que significa la consejería en lactancia materna exclusiva, formar y entrenar a consejeros y a quienes tienen contacto directo con la madre³⁶.

En su trabajo de investigación Chirinos concluye que la técnica de amamantamiento en puérperas primíparas se asocia de manera significativa con la consejería en lactancia materna recibida en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal³⁷.

Momento 2: Análisis de las dificultades

El segundo momento es aquel; en donde se analizan las dificultades para preparar, para iniciar o para continuar la lactancia materna; y ayudar a encontrar las causas³⁵.

Asimismo; las enfermeras evalúan las diversas dificultades que se presentan al momento de iniciar la lactancia materna, encontrando en su mayoría el dolor provocado por la herida operatoria que impide a la madre una buena postura y la formación del pezón que dificulta un buen agarre del recién nacido.

“... en primer lugar nosotras evaluamos la mama de la madre para verificar el tipo de pezón, ya que si es invertido va a influenciar mucho en la lactancia materna, porque el bebé va a tener dificultad en la succión, no va a coger el pezón adecuadamente...” (E005).

“...generalmente salen con mucho dolor de sala de operaciones, entonces el dolor les dificulta a ellas a tener una lactancia materna, porque no les permite movilizarse y por lo tal no pueden tener un buen apego con el bebé...” (E005).

Esto se corrobora con los discursos expresados por las madres:

“...he tenido dificultad para dar de lactar, por la forma de mis pezones al ser invertidos mi bebé no tenía un buen agarre.” (M007).

“... el ser cesareada me ha limitado bastante porque tuve dificultad al sentarme, sentía el dolor post- operatorio, no puedes adecuarte en las posiciones que el bebé realmente se sienta cómodo, tú tienes que buscar una posición que tú no te sientes tan adolorida, y que el bebé pueda coger el pezón sobre todo ahorita en sus inicios.” (M008).

Lo expresado por las enfermeras y las madres, las investigadoras lo corroboran haciendo uso de la observación no participante:

“... el personal de salud le pide a la madre, que se coloque en posición lateral para iniciar el apego con su hijo; pero la madre manifiesta no poder y refiere: “me duele demasiado, no puedo moverme, luego lo coloco a mi seno”. Con el dolor que refiere la madre, no logra ni siquiera abrazar a su bebé, solo lo mira. En su rostro se ve reflejado el ceño fruncido, el cansancio, la fatiga, el malestar y el dolor provocado por la cirugía...” (obs.004).

“... Ingresa la enfermera a valorar la producción de calostro, y observa que los pezones de la madre no están bien formados, el bebé llora y tiene dificultad para el agarre...” (obs 10).

Las investigadoras concluyen que uno de los factores que identifica la enfermera y que causa dificultad en el inicio de la lactancia materna es el dolor, siendo un 64.70% de las madres que manifiestan dolor intenso por la cirugía, que les impide tener una postura correcta a la hora de iniciar la lactancia, otra dificultad identificada con un 35.29% es la formación del pezón ya que impide un buen agarre en el recién nacido y por ende la producción de calostro obstaculizando un inicio exitoso en la lactancia materna.

Esto se corrobora en el trabajo de investigación de González donde concluye que el abandono de lactancia materna exclusiva

incluyó las siguientes causas: dolor de la cirugía 43%, poca producción de leche 35%, rechazo del bebé al pecho 12% y mala preparación de los pezones 10%. Las razones invocadas, por las madres como causas de abandono de la alimentación a pecho fueron consideradas de peso relativo y relacionadas a la escasa puesta en marcha de acciones anticipatorias por parte de los equipos de salud y de las familias involucradas.

Por ende, el personal de enfermería debe ser capaz de prestar un apoyo competente a madres que estén iniciando la lactancia materna o amamantando y de ayudarlas a superar dificultades, tal como se evidencia en el siguiente momento.

Momento 3: Búsqueda de alternativas de solución

El tercer momento es aquel en el que el personal de salud y la gestante, madre, padre o cuidadores buscan alternativas de solución según la causa identificada que dificulta la lactancia materna; ayudándolas y explicándoles en su propio lenguaje; utilizando habilidades de comunicación para escuchar a la madre, haciéndola sentirse segura y confiada en sí misma; respetando sus sentimientos, pensamientos, creencias y cultura, sin decirle lo que debería hacer ni presionarla a realizar alguna acción en particular, ayudando a la madre a tener éxito en la lactancia³⁵.

Por consiguiente; en este momento las enfermeras buscan soluciones a las dificultades presentadas haciendo uso de sus habilidades profesionales y facilitando un buen inicio de la lactancia materna. Tal y como lo expresan en los siguientes discursos:

“... las madres que no tienen una buena formación del pezón y dificulta que el bebé tenga un buen agarre, le preparamos unas pezoneras hechas de jeringas de 20cc y una llave triple vía, le colocamos en el pezón y la succión permite que se vaya formando el pezón...” (E001).

“... muchas veces he tenido que hablar con la obstetra u ofrecerme a colocar un analgésico para que las madres pueden movilizarse sin dolor y logren sentarse, o estar cómodas en el momento de iniciar con la lactancia materna...” (E005).

Esto se corrobora con los discursos expresados por las madres:

“... me ayudó ofreciéndome una pezonera hecha de jeringas para ayudarme a formar el pezón, para que mi bebé pueda succionar, tener un mejor agarre y que pueda producir leche.” (M003).

“... me han dado unas jeringas que las enfermeras han adaptado para poder formar mi pezón...” (M017).

Los discursos se pueden verificar con la observación no participante durante la estancia hospitalaria:

“...La enfermera de turno manifiesta que hablará con la obstetra para que le administre un analgésico y pueda sentirse mejor. Después de algunos minutos se observa que el profesional le administra un diclofenaco intramuscular a la madre, observándose después que la madre tiene más facilidad en la movilización...” (obs.007).

“... se observa a la enfermera de turno, alcanzarle a la madre una pezonera hecha de jeringa de 20cc y una llave de triple vía. Se detiene a explicarle cómo debe usarla... (obs.014).

“...siendo aproximadamente las 15 horas, se observa a una madre post-cesareada quejarse de dolor; lo que le limita la movilización para dar de lactar, la enfermera de turno se acerca manifestando que aunque tenga dolor debe continuar alimentando al bebé... en ningún momento se evidencia que la profesional toma algunas medidas para ayudar a la madre...” (obs. 017)

El 60% del personal de enfermería muy pocas veces ofrece soluciones para un inicio exitoso en la lactancia materna, ya que se observa una rutina diaria en sus actividades que solo se resume a la formación del pezón y la supervisión de producción de calostro. En

cambio un 40% de las enfermeras buscan alternativas de solución para cada una de las dificultades que se presentan a la hora iniciar de la lactancia materna; ya sea preparando pezoneras para la formación del pezón y buen agarre, o buscando mejorar la postura de las madres o aliviar el dolor haciendo uso de analgésicos, o calman la ansiedad de las mismas entablando una comunicación asertiva.

Momento 4: Registro de consejería

Es aquel en donde se detalla las actividades individuales del personal de salud, así como las decisiones o acuerdos tomados con la gestante, madre, padre o cuidadores y anotarlas en una hoja de indicaciones para que se la lleve, motivándolos a ponerlas en práctica con el apoyo de su familia y de la comunidad, en donde se aclaran todas las dudas y se previenen o corrigen situaciones irregulares que pudieran presentarse durante el período de lactancia materna³⁵.

Asimismo, en el momento cuatro las investigadoras pudieron constatar que en el servicio de alojamiento conjunto; no existe un registro de consejería, tal y como lo indica la Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA “Guía Técnica para la consejería en lactancia materna” donde contiene los ítems sobre motivo de consulta, salud-comportamiento del bebé, alimentación, salud materna, técnica de amamantamiento, problemas identificados, plan de trabajo e intervención, puntos que no se encuentran las notas de enfermería escritas por las enfermeras en las historias clínicas de los recién nacidos, tal como se corrobora en el siguiente análisis de la observación no participante:

“... Se puede observar que el 100% de las licenciadas en enfermería registran en sus notas de enfermería en las historias clínicas de los recién nacidos; actividades realizadas con las madres y los recién nacidos como: educación sobre lactancia materna, el baño diario, la curación del cordón umbilical, las vacunas, así como si el niño está recibiendo lactancia materna exclusiva o mixta...” (Obs.015).

Se concluye que en el servicio de alojamiento conjunto; no existe un registro de consejería sobre la lactancia materna tal como lo indica la Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA, es por ello que las enfermeras detallan sus actividades diarias, en las historias clínicas de los recién nacidos con breves notas de enfermería sobre el baño diario del bebé, el tamizaje, si está recibiendo lactancia materna exclusiva o mixta, si presenta algún signo de alarma y los exámenes auxiliares de rutina. En ningún momento las investigadoras constataron algún registro donde se detallara las decisiones o acuerdos con la madre sobre la práctica de la lactancia materna.

Así como se evidencia un estudio realizado por Jiménez que demostró que en España se está haciendo un esfuerzo para promocionar la lactancia materna y apoyar a las madres que comienzan a amamantar a sus hijos; aun así estamos muy lejos de llegar a cumplir satisfactoriamente la recomendación de la Organización Mundial de la Salud. Existe un déficit importante en el apoyo a la lactancia materna que refleja un vacío de responsabilidad sanitaria. No existen protocolos que incluyan pautas de inicio, establecimiento y apoyo a la lactancia en los servicios sanitarios. Es imprescindible una formación que capacite a los enfermeros y otros profesionales sanitarios³⁸.

Momento 5: Cierre y seguimiento

El quinto momento es el seguimiento a los acuerdos tomados, este momento se realiza en las citas posteriores, y pueden ser intramural o extramural. Es importante despedirse cálida y afectuosamente para crear un vínculo positivo que motive al usuario a regresar. Asimismo; el personal de salud debe asegurar el seguimiento a los acuerdos en los siguientes controles o visitas domiciliarias, para identificar las dificultades o avances en la mejora de prácticas realizadas en el hogar y reforzarlas.

Por último; las investigadoras pudieron corroborar que en la institución, las enfermeras no realizan el cierre y seguimiento en las madres tal y como lo indica la guía técnica de consejería en la lactancia materna. Observándose solamente que durante la estancia hospitalaria, el personal de salud brinda una breve información sobre la continuidad en la lactancia materna y los signos de alarma que puede presentar el recién nacido.

Así mismo coincide con la siguiente investigación donde concluye que las guías clínicas e instituciones científicas recomiendan en madres y recién nacidos, dados de alta en las primeras 48 horas postparto, se realice un seguimiento que está referido, mayoritariamente, a la visita domiciliaria por la enfermera con habilidades en la consulta de lactancia materna y cuidados del recién nacido. No existen protocolos que incluyan el seguimiento de visitas domiciliarias³⁹.

III. Factores que impiden el comienzo exitoso de la lactancia materna post-cesárea.

Son muchos los factores que impiden un exitoso comienzo de la lactancia materna exclusiva, que según Valenzuela, Vásquez y Gálvez diversos son los factores entre ellos son: ámbito laboral, nivel educacional, paridad, tipo de parto, factores culturales y factores asociados al asesoramiento profesional de salud⁴⁰.

Entre los factores que influyen para un exitoso inicio de la lactancia materna en las madres post cesareadas tenemos: las creencias familiares, conducta del personal de salud y el trabajo.

El primer factor de investigación son las creencias. Según Calvo afirma que una creencia familiar es parte de una cultura, es por

eso que juega un papel muy importante en el amamantamiento, ya que las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven⁴¹.

Así se detallan los siguientes discursos de las enfermeras:

“... la lactancia materna es una experiencia del binomio madre – niño pero también es seguridad para darle a la familia porque pueden empezar como una linda experiencia madre e hijo, pero llegando a casa esa experiencia que trabajaste, en menos de cinco minutos desapareció con un comentario familiar. Es decir, se vino abajo todo y simplemente quedó en nada... son los familiares quienes le dicen a la madre primeriza “no tienes que seguirle dando tu leche, se te va a abrir la herida, mejor dale fórmula...” (E004).

“... los familiares tienen actitudes diferentes respecto a la lactancia materna. Hay personas que vienen con la idea por ejemplo que la fórmula es mucho mejor. Entonces esas ideas le transmiten a su familiar, impidiendo la lactancia materna exitosa.” (E005).

Así se detallan el siguiente discurso de la madre:

“... mi abuelita me dice que tengo que beber bastante líquido para que tenga más leche. Me trae al hospital: avena, jugo de pulpa, maicena y mi agua...” (M009).

Los discursos anteriormente expresados por las enfermeras se corroboran con la observación no participante:

“... se puede observar el fastidio de los familiares, presionando a la enfermera de turno que le den fórmula al bebé, aduciendo que el recién nacido está llorando demasiado porque tiene y no se llena...y además la abuela refiere “mi hija es cesareada, no tiene leche...” (obs.016).

Así mismo este resultado es convergente con la siguiente investigación donde concluye que el entorno es determinante para el inicio, el éxito y la duración de la lactancia materna, puesto que es el referente de la madre y le puede ofrecer las herramientas para garantizar el derecho a la alimentación adecuada que tiene su hijo. En ese sentido, es fundamental que los programas y proyectos que apoyen, promuevan y protejan la lactancia; tengan en cuenta el

entorno familiar de la madre, de manera que se extienda la educación a estos niveles y se promueva una información adecuada a las personas que rodean a la madre⁴⁰.

El segundo factor de investigación es la conducta del personal de salud. Los profesionales que se ocupan de la vigilancia del inicio de la lactancia materna deben estar capacitados y preparados para explicar a los padres las ventajas nutricionales, inmunológicas, psicológicas, económicas y ecológicas que la lactancia natural supone, pero es necesario, así mismo, informar a las madres sobre la fisiología del amamantamiento y sobre la técnica de la lactancia, ya que la lactancia materna no es un instinto sino una capacidad que debe aprenderse. La información relativa a la lactancia natural debe ofrecerse a todas las embarazadas independientemente de su decisión sobre la forma de alimentar a su hijo³⁹.

Pero no todos los profesionales en especial las enfermeras se ocupan estrictamente de esta vigilancia ya sea por falta de compromiso o capacitación. Tal como lo expresan los siguientes discursos las enfermeras:

“...la influencia sobre la lactancia materna es negativa cuando otros colegas, hacen un comentario y expresan “si no tienes leche anda que te den fórmula...” (E004)

“... otra situación es el cambio de turno ya que no se maneja la misma ideología o trabajo, ya sea por una mala experiencia que hayan tenido; o por indicación médica de darle fórmula láctea cada tres horas...” (E004)

Se puede evidenciar claramente que existe un 60% de enfermeras poco comprometidas en el exitoso comienzo de la lactancia materna ya sea porque se encuentran inmersos en la rutina del trabajo o falta de capacitación ya que al caracterizar a los

sujetos se encontró que el 100% de enfermeras no tienen la especialidad en neonatología.

El sistema de salud juega un factor importante dado que se supone que es aquí donde se va a educar y concientizar a la madre sobre la importancia de brindar una lactancia materna exclusiva; además de que es éste sector el que viene de una forma u otra operacionalizar todas las políticas y normas creadas para el fomento de la lactancia.³⁹ Se esquematiza que el 30% de pediatras no se preocupan por iniciar la lactancia materna exclusiva. Así como se corrobora con el siguiente discurso de la enfermera:

“...el pediatra es quién indica que le den fórmula, quizá sea por inseguridad o por el miedo de tener un bebé deshidratado...” (E004)

“...Cada pediatra gira una receta, para que haya más salida de leche en polvo, ya que se pueden beneficiar con los laboratorios donde les ofrecen como incentivo un viaje de capacitación con todo pagado. ...” (E004)

En los discursos anteriores se evidencia que existe una influencia negativa con respecto al inicio de la lactancia materna tanto enfermeras como pediatras, quienes en vez de promover una lactancia materna indican que se les de leche artificial a los bebés, ya sea por: inseguridad, miedo, temor, angustia que el bebé haga hipoglucemia y este deshidratado. Así mismo ellos no se preocupan sobre todo en: darles un buen aporte de nutrientes al bebé y explicar sobre los beneficios de iniciar una lactancia materna. Además el haber dado leche en fórmula en el hospital se asocia negativamente con la lactancia materna en la continuidad de la misma. Así lo afirma Cebrián en sus investigaciones, quién concluye que la decisión de interrumpir la lactancia materna es la mayoría de las veces del propio personal de salud⁴².

Las autoras consideran que el profesional de enfermería debe continuar promocionando la LM de manera constante, repetitiva en

todos los ámbitos posibles, en su afán de lograr vencer las barreras existentes como las ya mencionadas con anterioridad, que actúan como limitantes en el exitoso comienzo de la LM.

Otro factor que impide el comienzo exitoso de la lactancia materna es el trabajo. Cabe destacar que la literatura revela que no es el trabajo en sí lo que influye en la adherencia a la LME, ya que por políticas públicas las madres disponen de un período de tiempo para que puedan vivir tranquilamente su período de lactancia, sino que son otras razones las que se ven implicadas en este ámbito, como lo es el desconocimiento de los derechos que tienen las madres, lo que aumenta su ansiedad y vuelven antes de lo reglamentario al trabajo por miedo a perderlos, de igual forma afecta la falta de guarderías o salas cunas en empresas donde tienen una alta empleabilidad femenina; todo esto conlleva al aumento de uso de fórmulas lácteas para complementar la LM⁴⁰.

Muchas madres que reanudan su actividad laboral abandonan la lactancia materna parcial o totalmente porque no tiene tiempo suficiente o no disponen de instalaciones adecuadas para dar el pecho o extraerse y recoger la leche. Las madres necesitan tener en su trabajo o cerca de él un lugar seguro, limpio y privado para poder seguir amamantando a sus hijos. Se puede facilitar la lactancia materna adaptando las condiciones de trabajo, por ejemplo, mediante la baja por maternidad remunerada, el trabajo a tiempo parcial, las guarderías en el lugar de trabajo, las instalaciones donde amamantar o extraerse y recoger la leche, y las pautas para dar el pecho⁴¹.

Frente a esta situación y el poco compromiso del profesional por educar a las madres sobre el inicio y continuidad de la lactancia materna, se observa que algunas madres muestran un gran desinterés y desmotivación en el comienzo exitoso de la lactancia. Antes de

comenzar la LM las madres se predisponen de manera negativa, lo que obstaculiza el buen comienzo de la misma, tal como se muestran en las siguientes unidades de análisis:

“... he perdido el interés de darle de lactar a mi bebé por mi trabajo. En esta oportunidad, le comento que yo laboro lejos por eso no voy a poder darle de lactar, porque pensando que voy a estar lejos, y pensando que él va a sufrir al no tenerme a su lado para que lacte, mejor pensé en no hacerlo...” (MO11).

Existen un 30% de madres que tiene mucho interés en darles de lactar a sus bebés, tal como lo expresan los siguientes discursos:

“...he descubierto que la lactancia materna es algo muy importante para los recién nacidos y que a pesar de que tengo que ir a trabajar, debo continuar con la lactancia materna exclusiva...” (MO01).

Otras investigaciones concluyen que el empleo materno fue la barrera más frecuentemente citada para la lactancia materna exclusiva. Las percepciones maternas de un suministro insuficiente de leche materna fueron generalizadas entre los estudios. Los factores socioculturales, como las creencias de la madre y de la familia fueron significativos acerca de la nutrición infantil. A pesar de estas barreras, las madres en los países en desarrollo a menudo poseen ciertas características personales y desarrollan planes estratégicos para mejorar su éxito en la lactancia. Los proveedores de servicios de salud deben estar informados sobre los determinantes de la lactancia materna exclusiva y proporcionar orientación anticipatoria práctica dirigida a superar estas barreras⁴³.

Los discursos anteriormente expresados por las madres y enfermeras se corroboran con la observación no participante:

“...la enfermera de turno ofrece 30 cc de fórmula láctea al recién nacido por indicación del pediatra de turno, ya que es un bebé macrosómico...y a pesar que se le observa buena succión, deglución y la madre tiene producción de calostro...las indicaciones del médico son que se le ofrezca al bebé fórmula cada tres horas...” (Obs.015).

Por lo expuesto anteriormente, los investigadores concluyen que los factores que impiden la continuidad de la lactancia materna exclusiva, en las madres post cesareadas son: la familia ya que por sus creencias o cultura no apoyan a la madre para un exitoso comienzo de la misma, el trabajo es otro causal de algunas de ellas ya que se les hace difícil continuar con la alimentación del bebé porque desconocen la técnica.

CONSIDERACIONES FINALES

Luego de haber caracterizado y realizado un análisis del comienzo de la lactancia materna: Experiencias de madres primerizas post- cesárea en un hospital de Chiclayo- 2017. Se llegaron a las siguientes consideraciones finales en relación al grupo en estudio:

El 41.18% de ellas refieren haber tenido una experiencia maravillosa en el inicio de la lactancia materna descrita en alegría, entusiasmo, emoción de tener en brazos a su bebé. En cambio el 58.82% refieren lo contrario, alguna de ellas la describen como terrible por que experimentaron mucho dolor en la herida operatoria unido con el temor de la dehiscencia de la misma, acompañado de nerviosismo por desconocimiento de los cuidados al bebé.

El 52.94% de madres afirman que durante su estancia hospitalaria recibieron apoyo manifestando haber sido educadas y orientadas sobre las técnicas de amamantamiento, las posturas y la importancia de la lactancia materna, permitiéndoles tener un buen inicio de la misma. En cambio un 47.05% no recibieron educación ni orientación llegando a sentirse frustradas ya que no lograron tener un inicio exitoso en la lactancia materna.

La dificultad encontrada en las madres para iniciar con éxito la lactancia materna es el dolor operatorio con un 64.70%, y como segunda causa encontramos la mala formación del pezón con un 35.29%.

El 60% del personal de enfermería muy pocas veces ofrece soluciones para un inicio exitoso en la lactancia materna; y un 40% de las enfermeras buscan alternativas de solución para cada una de las dificultades que se presentan a la hora iniciar de la lactancia materna.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la capacitación constante y oportuna al personal de enfermería que labora en el servicio de alojamiento conjunto; que les permita actualizar sus conocimientos, concientizándolas a mejorar su labor cada día.

Las Profesionales de Enfermería que laboran en el servicio de alojamiento conjunto deberían contar con una especialidad a fin en neonatología.

Brindar educación sobre la importancia de la Lactancia materna exclusiva, así como las técnicas de amamantamiento durante el período de gestación en las madres para que el conocimiento les facilite un buen inicio de la misma.

Se debería difundir y concientizar a todo el personal de salud que laboran en el hospital; que todo recién nacido de parto distócico, desde su nacimiento se mantenga en contacto piel a piel con la madre y no esperar hasta más de dos horas hasta el encuentro de ambos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olza F. Lactancia después de la cesárea. Hospital de Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. [Internet].2015.[Consultado el 13 de Septiembre de 2016]. 17(4). Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/lactanciaDepresionPsicosis.pdf>
2. El comercio. América Latina reina en un mundo plagado de cesáreas innecesarias.[Internet]. 2015. [consultado el 04 de Septiembre del 2016]. Disponible en:
<http://www.elcomercio.com/tendencias/americalatina-cesareas-oms-riesgo-maternidad.html>
3. Ministerio de salud: Hospital San Juan de Lurigancho. Unidad de estadística e informática. 2014. [consultado el 31 de Diciembre del 2014].15(8) Disponible en:
<http://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Estadistica/2014Indicadores.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015. 47(3).[Consultado el 04 de Septiembre del 2016]. Disponible en:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
5. Hobbs A, Mannion C, Brockway M, Tough S. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. Publicado en internet el 26 de Abril del 2016. 16:30. Doi: 10.1186/s12884-016-0876. V: 16. PubMed PMID: 4847344. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847344>
6. Organización Mundial de la Salud. Los diez datos sobre la lactancia materna. Julio 2015. [Consultado el 29 de Octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
7. Otal S, Morera L, Bernal M, Tabueña J. El contacto precoz y su importancia en la lactancia frente a la cesárea. Revista: Matronas Prof. 2012; 13(1):3-8 [consultado el 04 de septiembre del 2016]. Disponible en:<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16209/173/el-contacto-precoz-y-su-importancia-en-la-lactancia-materna-frente-a-la-cesarea>

8. Reverté M, Aguirre M, Álvarez P, Barcos S, Millán T. Lactancia Materna. Factores relaciones con la iniciación, la exclusividad y la duración. 18(2).Marzo 2015. Pág: 69-75.
9. Palou M, Vega V, Elvira C, Rivero A. Factores asociados al mantenimiento de la lactancia materna iniciada al ingreso en una unidad de Neonatología. Volumen 18- número 1. Febrero del 2015.pág: 0006- 0009.
10. Molinero D, Burgos R, Ramírez A. Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. Volumen 25- número 05. El 05 de septiembre del 2015.
11. Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua. 2014. Disponible en: www.rae.es/rae.html
12. Wojtyla K. Persona y Acción. España: Biblioteca de autores cristianos; 1982.
13. Friedrich B. Introducción a la filosofía del conocimiento, la experiencia. [consultado el 22 de setiembre 2016].Disponible en: <http://wernerloch.de/doc/Conocimiento9.pdf>
14. Schwarcz S, Fescina R, Divergir C. Obstetricia. 6° edición. Editorial El Ateneo. 2005. Pág: 702- 710.
15. Organización Mundial de la Salud. Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos. Publicado el 20 de Junio del 2016. [Consultado el 30 de Octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>
16. Aller J, Moreno G. Obstetricia Moderna. 2012. 3° edición. Disponible en:http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_45.pdf
17. UNICEF. Alerta que lactancia materna exclusiva está disminuyendo en áreas urbanas y en sectores con mejores ingresos económicos. Publicado el 23 de Agosto del 2016. [consultado el 15 de septiembre del 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/peru/spanish/media_33979.htm
18. UNICEF. Lactancia materna y alimentación complementaria. Publicado el 20 de Julio del 2016. [Consultado el 12 de septiembre del 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html

19. Organización Mundial de la Salud. Diez datos sobre la lactancia materna: ciencia y salud. Publicado el 01 de Agosto del 2017. [consultado el 24 de septiembre del 2017]. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/ciencia-y-salud/salud/2017/08/1/diez-datos-sobre-la-lactancia-materna>
20. Aguayo A, Gómez S, Hernández T, Lasarte D, Lozano N, Pallas R. Manual de Lactancia Materna: De la teoría a la práctica. Asociación Española de Pediatría. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires: Bogotá; 2009. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=Ulxj72VZDoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false MANUAL DE ENFERMERIA
21. Hernández F, Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
22. Ludke M, André M. Pesquisa em Educacao: Abordagens Qualitativas, editora pedagógica e Universitaria, São Paulo, 1986.
23. Lupicinio I, Vitores A. El Análisis De La Información. Madrid: Visor; 2004.
24. Martínez M. La triangulación entre métodos cuantitativos y cualitativos en el proceso de investigación. Enero del 2010. [Consultado el 14 de mayo del 2016]. Disponible en: <http://josemanuelmartinezmontilla.files.wordpress.com/2010/03/la-triangulacionentre-metodos-cuantitativos-y-cualitativos-en-el-proceso-de-investigacion.pdf>
25. Sgrecia E. Manuel de Bioética - Modelo personalista ontológico. 1999.
26. Lincoln y Guba. Criterios de rigor científico. 1985. [Consultado el 06 de Junio del 2014]. Disponible en: http://www.v9ni/RELIEVEv9n_1.htm.2005
27. González I. Lactancia materna exclusiva: factores de éxito y/o fracaso. 2008. [Consultado el 24 de Enero del 2018]. Disponible en: [http://Lactancia%20materna%20exclusiva%20factores%20de%20exit%20y%20fracaso%20\(1\).pdf](http://Lactancia%20materna%20exclusiva%20factores%20de%20exit%20y%20fracaso%20(1).pdf)
28. Palomino S, Sota L. Actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primerizas que acuden al Hospital Antonio Lorena – Cusco 2017. El 12 de Septiembre del 2017. [Consultado el 25 de Enero del 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/UAC/1156>

29. Yankovic B. Emociones, sentimientos, afecto. El desarrollo emocional. Septiembre del 2013. [Consultado el 18 de Noviembre del 2017]. Disponible en:
http://www.educativo.otalca.cl/medios/educativo/profesores/basica/desarrollo_emocion.pdf
30. Fajardo D. Vivencias sobre la lactancia materna en un grupo de mujeres, que asisten al Hospital San José del Municipio del Valle Santander. Bogotá. El 04 de Junio del 2010. [Consultado el 26 de Enero del 2018]. Disponible en:
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/9706/tesis24-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Ramalho S. Amamantamiento: Sentimientos y vivencias experimentados por la madre. 2010. [Consultado el 16 de Enero del 2018]. Disponible en:
<https://www.iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/939>
32. Castillo J, Rams A, Castillo A, Rodríguez R, Cádiz A. Lactancia materna e Inmunidad. Impacto social. [Artículo en línea] MEDISAN. Publicado en internet el 25 de Mayo del 2014. 15:35. V: 13. n.4. Santiago de Cuba. [Consultado el 23 de Noviembre del 2017] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400013
33. OMS / UNICEF. Consejería de la lactancia materna. Ginebra. 2012. [Consultado el 25 de Noviembre del 2017]. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_participants_manual_es.pdf?ua=1
34. UNICEF. La leche materna es el alimento perfecto: salva vidas. Publicado el 25 de Abril del 2015. [Consultado el 01 Diciembre del 2017]. Disponible en:
https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf
35. Ministerio de salud: “Guía técnica para la consejería de la lactancia materna”. Resolución Ministerial N° 462-2015/ MINSA. Lima 31 de Julio del 2015. Expediente N° 14- 093240-003. Informe N° 007-2015-MEFR. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/lactancia/norma/RM_462-2015-MINSA%20consejeria%201.pdf
36. Pinzón G. Experiencia de la consejería en el apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad. Bogotá. 2017. [Consultado el 25 Enero del 2018]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/60805/>

37. Chirinos I. Técnica de amamantamiento en puérperas primíparas y su relación con la consejería en lactancia materna recibida en el servicio de psicoprofilaxis obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Marzo 2015. [Consultado el 25 Enero del 2018]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4229>
38. Jiménez M. La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. Publicado en internet en el 2009. 15:40. V: 3. n.2. [Consultado el 15 de Diciembre del 2017] Disponible en: <http://Dialnet-LaInfluenciaDelProfesionalSanitarioEnLaLactanciaMa-3017264.pdf>
39. Ministerio de Sanidad. Cuidados desde el nacimiento: Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid. 2010. [Consultado el 25 de Enero del 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
40. Valenzuela S, Vásquez E, Gálvez P. Factores de influyen en la disminución de la Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis meses de vida: Revisión Temática y contexto de Chile. Matrona del Hospital San Juan de Dios. Santiago de Chile. Rev. de Int. salud Materno Fetal y obstetra; Vol. 19. N°5. El 15 de Noviembre del 2016. [Consultado el 19 de Noviembre del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143158/Factores-que-influyen.pdf?sequence=1>
41. Calvo C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Rev. Enfermería actual de Costa Rica. Marzo 2009. [Consultado el 25 de Enero del 2018]. Disponible en: <http://Dialnet-FactoresSocioeconomicosCulturalesYAsociadosAlSiste-2745766.pdf>
42. Cebrián M, González E, Medina R, García V. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. Vol. 56. N°5. 2002. [Consultado el 25 de Enero del 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S16954033027894>
43. Balogun O, Dagvadoy A. Factores que influyen en la exclusividad de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida en los países en desarrollo: una revisión sistemática cuantitativa y cualitativa. 2015. [Consultado el 25 de Enero del 2018]. Disponible en: https://www.epistemonikos.org/es/documents/460ba9ef7b33f0396ab4f7010c767293b21b730b?doc_lang=en



ANEXO 01

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN APLICADO A LAS MADRES

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Investigadores : Quiroz Hidalgo Roxana.
Solís Salazar Ana.

Título: El comienzo de la lactancia materna: Experiencias de las madres primerizas post – cesárea en un Hospital de Chiclayo - 2017

Propósito de la investigación:

Estimado participante, le invitamos a formar parte en un estudio denominado: Experiencias de las madres primerizas post-cesárea, en el comienzo de lactancia materna, con el objetivo de describir, analizar y comprender su sentir respecto a la forma de iniciar la lactancia materna, que servirá para implementar estrategias dentro un proceso integral y articulado de prevención, atención y protección a la niñez, ya que la lactancia materna es un derecho del niño para lograr su óptimo desarrollo nutricional, emocional y afectivo.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabada en un grabador de voz, asignándole u pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 30 minutos. La entrevista puede realizarse en hospital o en su domicilio.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

Este estudio no pone en riesgo la salud de la madre, pero se tendrá en cuenta los siguientes:

- Si la madre en algún momento siente nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo por alguna de las preguntas de la entrevista, las investigadoras harán la pausa necesaria y re iniciar la entrevista si la madre lo decide, caso contrario se elegirá otro momento.
- Si la madre decide durante la entrevista no continuar apoyando para la investigación, se respetará su decisión.
- Se evitará sobre valorar la información si la madre entrevistada es un profesional médico, enfermera u obstetrix.

Beneficios:

Usted se beneficiará al finalizar la entrevista mediante una sesión educativa personalizada sobre lactancia materna, incluyéndose una demostración y redemonstración de las técnicas y posiciones de amamantamiento y finalmente se le entregará un tríptico educativo sobre el tema.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con pseudónimos (M001) y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 3 años, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: **SI** **NO**

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Roxana Medalith Quiroz Hidalgo al celular 942666404 o Ana Karina Solís Salazar al celular 979414430, las investigadoras.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:
DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:
DNI:

Fecha

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN REALIZADO A LAS ENFERMERAS

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Investigadores : Quiroz Hidalgo Roxana.
Solís Salazar Ana.

Título : El comienzo de la lactancia materna: Experiencias de las madres primerizas post – cesárea en un Hospital de Chiclayo - 2017

Propósito de la investigación:

Le estamos invitando a participar en un estudio llamado: Experiencias de las madres primerizas post – cesárea en un Hospital de Chiclayo - 2017. Estamos realizando este estudio para determinar Cómo son las experiencias de las madres primerizas post-cesárea, en el comienzo de lactancia materna con la finalidad de conocer los resultados y proponer la importancia de fomentar el contacto precoz madre–recién nacido independientemente del tipo de parto, esto ayudará a crear lazos y mejorar el vínculo materno, hecho trascendental para la instauración de la lactancia materna favoreciendo la producción de la misma.

La lactancia materna es un derecho del niño para lograr su óptimo desarrollo nutricional y emocional sin dejar de lado el vínculo afectivo.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabada en un grabador de voz, asignándole u pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 30 minutos. La entrevista puede realizarse en hospital o en su domicilio.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos que le causen en algún momento, nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo. Sin embargo estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con pseudónimos (E001) y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 3 años, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Roxana Medalith Quiroz Hidalgo al celular 942666404 o Ana Karina Solís Salazar al celular 979414430, las investigadoras.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:
DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:
DNI:

Fecha

ANEXO 03

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A LAS MADRES PRIMERIZAS POST-CESÀREA

Estamos realizando esta investigación sobre el comienzo de la lactancia materna: Experiencias de madres primerizas post- cesàrea y está dirigida a ustedes madres primerizas que se encuentran en este hospital local de Chiclayo, con el objetivo de describir, analizar y comprender las experiencias de las madres en el comienzo de la lactancia materna. En todo momento durante el desarrollo de la investigación se preservará en secreto la información brindada por las participantes para el cual se asignará un seudónimo.

Investigadoras: Solís Salazar Ana Karina, Quiroz Hidalgo Roxana.

I.- DATOS PERSONALES

Seudónimo: _____ Fecha: _____
 Edad: _____
 Grado de instrucción: _____
 Procedencia: _____
 Estado civil: _____
 Religión: _____
 Ocupación: _____
 Con quien vive: _____

II.- PREGUNTAS

Pregunta Orientadora:

¿Cuéntenos cómo ha sido su experiencia en el comienzo de la lactancia materna?

Preguntas Auxiliares:

1. ¿Cómo Ud. se preparó para vivir la experiencia en el comienzo de la lactancia materna exitosa?
2. Cuénteme ¿Cómo ha sido su actuar en el momento de iniciar la lactancia materna exitosa?
3. ¿Qué situaciones le ha permitido tener un inicio de la lactancia materna exitosa?
4. ¿Qué personas le han permitido tener un inicio de la lactancia materna exitosa?
5. ¿Qué personas le han limitado el inicio de la lactancia materna exitosa?
6. ¿Qué situaciones le han limitado el inicio de la lactancia materna exitosa?
7. ¿En su estancia hospitalaria, ha recibido apoyo en el comienzo de la lactancia materna? ¿De quién?
8. Desea usted agregar algo más.

ANEXO 04

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A LAS ENFERMERAS

Esta entrevista está dirigida a las enfermeras que atienden a las madres primerizas post-cesareadas en un hospital de Chiclayo, con el objetivo de describir, analizar y comprender las experiencias de las madres en el comienzo de la lactancia materna. En todo momento durante el desarrollo de la investigación se preservará la confidencialidad de la información brindada por las participantes para el cual se asignará un seudónimo.

Investigadoras: Quiroz Hidalgo Roxana y Solís Salazar Ana Karina.

I.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Seudónimo:

Edad:

Fecha: / /

Condición Laboral:

Tiempo de trabajo en el servicio:

Número de capacitaciones a las que asistió entre los años 2015 al 2016 en Lactancia materna:

II.- DESARROLLO DE ENTREVISTA:

2.1. PREGUNTA ORIENTADORA:

1.- ¿Cómo Ud. ha contribuido en la experiencia de las madres primerizas durante el comienzo de la lactancia materna?

2.2. PREGUNTAS AUXILIARES:

1. ¿Cómo Ud. Preparó a la madre para vivir la experiencia en el comienzo de la lactancia materna exitosa?
2. Cuénteme ¿Cómo ha sido su actuar en el momento de que la madre inició la lactancia materna exitosa?
3. Cuénteme. ¿Qué situaciones influyeron para llevar a cabo una lactancia materna exitosa en madres primerizas?
4. Cuénteme ¿Qué personas influyeron para llevar a cabo una lactancia materna exitosa en madres primerizas?
5. Cuénteme ¿Qué situaciones le han limitado para llevar a cabo una lactancia materna exitosa en madres primerizas?
6. Cuénteme ¿Qué personas le han limitado para llevar a cabo una lactancia materna exitosa en madres primerizas?
7. ¿Durante la estadía hospitalaria de las madres primerizas, cómo Ud. ha brindado apoyo en el comienzo de la lactancia materna exitosa?
8. Desea usted agregar algo más.

ANEXO 05

OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE REALIZADA EN EL SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DE UN HOSPITAL DE CHICLAYO -2017

El presente instrumento de recolección de datos: Observación no participante nos permitirá recoger la información desde afuera, sobre las experiencias de las madres primerizas post- cesárea en el comienzo de la lactancia materna, sin que las investigadoras intervengan con el grupo de madres, hecho o fenómeno investigado, todo se ejecutará de manera indirecta y sin consentimiento de las madres para no alterar los resultados.

I.-DATOS INFORMATIVOS:

1.1. Fecha:

1.2. Hora de inicio:

1.3. Hora de término:

1.4. Escenario:

1.5. Personas observadas:

1.6. Momento específico de Observación

En la presente observación no participante realizada en el Hospital de Chiclayo, en el servicio de alojamiento conjunto, se tuvieron en cuenta los siguientes ítems:

Nº	CONTENIDO	CARACTERÍSTICAS A OBSERVAR	OBSERVACIONES
1	HECHOS OBSERVADOS	Se observará desde el momento en que las madres tienen contacto por primera vez con su hijo (a) en el servicio, y comienzan con la lactancia materna; asimismo desde que las enfermeras tienen contacto por primera vez con la madre y el niño en el comienzo de la lactancia materna. Además se tomará anotaciones de su conducta, gestos y expresiones verbales.	
2	LO QUE MANIFIESTA N	Se tomará en cuenta toda expresión verbal manifestada por las madres primerizas post- cesárea y por las enfermeras que laboran en el servicio de alojamiento conjunto.	
3	LO QUE HACEN	Las actitudes, comportamientos, posturas, gestos que presentan las madres las madres primerizas post-cesárea y las enfermeras.	

