



RESUMEN

Antecedentes: La lactancia es el acto de amamantar, es un proceso único que proporciona la alimentación ideal y contribuye al crecimiento y desarrollo tanto en el campo físico como en los psicológicos y sociales; es una profunda interacción entre el niño y su entorno; esto ha sido corroborado por múltiples estudios y por la experiencia. Se realizó una investigación cualitativa de tipo etnográfico, mediante la conformación de grupos focales para profundizar el estudio sobre la lactancia materna en madres que asisten a la guardería del INFA y al subcentro de salud N° 1 de la ciudad de Azogues. **Objetivo:** Describir las experiencias, percepciones, actitudes y creencias de las madres con respecto a la lactancia materna y alimentación complementaria, que es parte del proyecto “Alimentación, Nutrición y Salud” que se realiza entre la Universidad de Cuenca y el consorcio de universidades flamencas –VLIR- de Bélgica. **Métodos:** El grupo de estudio estuvo formado por madres primi y multigestas de niños menores de 2 años de ambos sexos. Se conformaron cinco grupos focales de ocho madres cada uno, se realizaron sesiones de dos horas. Los temas tratados estuvieron orientados a recabar información sobre las experiencias, costumbres, percepciones y creencias; la duración de la lactancia materna exclusiva y el inicio, la duración y los alimentos utilizados en la alimentación complementaria. **Resultados:** Hay una marcada influencia de las creencias que persisten en los espacios culturales que es mayor que la que proviene de los servicios de salud. La influencia proviene de las mujeres mayores, abuelas, tías, amigas. La alimentación complementaria está ligada a las experiencias y costumbres de la familia, el niño se integra paulatinamente a ellas y depende del deseo del niño la selección del tipo de alimento y la cantidad utilizada. Es clara la posición de las madres sobre los beneficios de la lactancia materna relacionados con una menor posibilidad de enfermar, un mejor crecimiento, aunque la idea del niño gordito como niño sano persiste. La lactancia -dicen- resulta poco útil después del año, es perjudicial para la madre y podría el niño tornarse emocionalmente dependientes de la madre. En torno al destete se encuentran muchos mitos y se utilizan variadas alternativas para la ello; uso de sustancias irritantes y de mal sabor en el pezón; el ocultamiento del pezón con medios físicos; el distanciamiento de la madre y el abandono gradual; el intercalamiento con el biberón y en pocas ocasiones es el niño el que abandona. Los leches de fórmula deben ser usadas solamente en casos especiales; insuficiente cantidad de leche, enfermedad de la madre, cuando existe aparentemente intolerancia a la leche materna. El valor de la lactancia materna se ha conservado y entienden que a pesar de las dificultades la leche materna es un alimento indispensable.

INDICE

RESUMEN	1
RESPONSABILIDAD	2
AGRADECIMIENTO	3
INTRODUCCION	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
JUSTIFICACION	9
MARCO TEORICO	11
LACTANCIA MATERNA	11
Beneficios de la lactancia materna para el niño	12
Beneficios de la lactancia para la madre	14
Desventajas de la leche materna	15
Inicio de la lactancia materna	18
Duración exclusiva de la lactancia materna	19
Factores sociales y psicológicos que influyen en la lactancia materna	21
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	22
Inicio de la alimentación complementaria	22
Características de la alimentación complementaria	23
Formulas lácteas	26
Tipos de fórmulas lácteas	27
Leches de última generación	29
OBJETIVOS	47
METODOLOGÍA	48
RESULTADOS	56
DISCUSIÓN	75
CONCLUSIONES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	84



RESPONSABILIDAD

Las opiniones vertidas en este estudio son de exclusiva responsabilidad de las autoras.



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a mi familia en especial a mi Madre Sonia y a mi hermana Fanny quienes han sido mi fuerza, apoyo e inspiración en todo momento,

María Eugenia Jerez

A mi madre la Sra. Rosa Rodríguez con quien a pesar de las adversidades siempre hemos salido



adelante, convirtiéndose en el pilar
fundamental de mi vida...

A mis hermanos Maury, Pauly,
Bernabé, Omar, a mi cuñada Mony y
a mis sobrinos Carlitos y Camilito
quienes con su amor y apoyo
incondicional han confiado en mí...

Al Ángel que durante todo este
tiempo me ha cuidado y que gracias
a Él he podido seguir...

Y gracias a Todos quienes
ayudaron!!!

INTRODUCCION

La historia de la lactancia materna comienza desde el mismo origen de la especie humana, ha sufrido varios cambios hasta el momento y ha sido luego de la segunda mitad del siglo



anterior con la salida de la mujer al espacio público y al trabajo que ha sufrido notables variaciones en tiempo de duración de la lactancia y la apreciación del valor de la misma¹.

La evidencia que sustenta la leche materna como el alimento natural ideal para el recién nacido y el lactante es cada vez mayor, constituyéndose en un determinante de trascendental importancia en la probabilidad de sobrevivencia de los niños (as); no solo considerando su composición ya que aporta nutrientes adecuados para el niño sino también en el aspecto emocional porque fortalece los lazos emocionales entre madre e hijo².

Durante los últimos años se han presentado diversos estudios⁽²⁻³⁻³⁶⁻³⁵⁾ sobre la importancia de la lactancia materna recomiendan que debe ser exclusiva hasta los 6 meses, para luego incluir alimentos en la dieta del infante de manera paulatina hasta el año de vida, luego de lo cual el niño puede incorporarse a la dieta de la familia. De igual manera se han ido acumulando pruebas que apoyan que la nutrición de los niños durante los primeros meses de vida tiene influencias



positivas en su crecimiento y desarrollo y se ha relacionado con la aparición de enfermedades en la vida adulta. La duración total de la lactancia debería llegar hasta los dos años de edad ³

Estudios similares no han podido ser reproducibles en otras poblaciones debido a que no se adaptan al contexto sociocultural de las mismas, surgiendo de esta manera variación en los resultados que no satisfacen las expectativas inicialmente propuestas en una investigación.³

Por esta razón y debido a que en nuestro medio no se han realizado estudios de tipo cualitativo acerca de las creencias, percepciones y experiencias relacionados con lactancia materna se hace relevante su conocimiento, porque las intervenciones para la promoción de la lactancia materna deben basarse en evidencias del propio medio.

En estudios recientes ⁽⁴⁻⁹⁻¹¹⁾ sobre el nivel de conocimientos de las madres sobre conductas óptimas de lactancia el cual fue bueno, ya que más de las tres cuartas partes (79,4%), tuvieron un nivel superior al considerado aceptable⁽⁴⁾.



Por ello esta investigación, que es parte del Proyecto VLIR en el Programa de “Alimentación, Nutrición y Salud”, pretende aportar a este tema la obtención de información proveniente de las madres sobre las creencias, percepciones, actitudes y experiencias acerca de la lactancia materna y alimentación complementaria de niños menores de 2 años mediante un estudio cualitativo de tipo etnográfico, mediante la realización de grupos focales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



El problema surge por los cambios de hábitos y costumbres relacionados con la lactancia materna a nivel mundial y local. Los tiempos de la lactancia materna exclusiva, la época de introducción de la alimentación complementaria y la duración total de la lactancia materna han disminuido con relación a la década pasada ⁽³⁹⁾. Los patrones de lactancia materna en general han sido modificados por la influencia de la globalización y la salida de la mujer al trabajo entre otras causas que deben ser identificadas; de allí la importancia del conocimiento de los resultados del presente estudio, con los cuales se mejorarán las intervenciones para la promoción de la lactancia materna.

Los cambios en los patrones de lactancia materna alteran, además del aporte nutricional adecuado y sano, el establecimiento de relaciones afectivas e intercambio de experiencias en el plano humano. Es posible sustituir la alimentación pero no en el plano del aprendizaje de las emociones y el desarrollo de la confianza, elementos indispensables en la constitución de la personalidad. Los dos primeros años de vida son cruciales para el niño porque en



esta época se constituyen los lazos afectivos básicos, los patrones sobre los gustos y preferencias alimentarias y se desarrollan formas de saciedad y saciación elementos básicos de las preferencias alimentarias futuras.

JUSTIFICACION

El conocimiento de las creencias, percepciones, experiencias y actitudes requiere de un estudio cualitativo riguroso y metódico. Es importante conocer los determinantes presentes en la cultura y el hacer cotidiano en la lactancia materna y la alimentación complementaria.



Los estudios que han servido de referencia han obtenido datos de otros contextos y en nuestro mundo mestizo persisten tanto las creencias ancestrales como aquellas provenientes de la globalización de la comunicación.

Se ha observado la tendencia a reducir la duración de la lactancia materna, a la introducción temprana de las fórmulas maternizadas y el uso del biberón; además no hay una atención adecuada a la calidad de la alimentación complementaria.

El conocimiento de las características y las particularidades culturales de la lactancia materna y la alimentación complementaria permitirán desarrollar programas de intervención para prolongar la duración de la lactancia materna y diseñar propuestas para mejorar la alimentación complementaria.



MARCO TEORICO

LACTANCIA MATERNA

Se conoce como lactancia materna al acto de amamantar, criar o dar leche de mama a un niño. Lo cual es fundamental para la buena salud del lactante, ya que además de recibir una alimentación adecuada cubre los elevados requerimientos energéticos que el crecimiento lo exige. Lo más idóneo para la especie humana es la leche materna⁽⁵⁾.

La lactancia constituye un complejo proceso en el que se entrelazan factores biológicos y socioculturales, con cambios evidenciados en tendencias históricas y perfiles relativamente diferenciados entre países desarrollados y en vías de desarrollo. Al igual que otras conductas alimentarias, el comportamiento individual con relación a la lactancia, está influenciado por significaciones y valores culturales. La medicalización del parto y del puerperio, las modas de consejos profesionales y las estrategias comerciales de la industria productora de sucedáneos de la leche materna, son también determinantes a nivel social de las prácticas de



lactancia materna, difíciles de valorar en estudios sobre individuos.⁽⁶⁾

Beneficios de la lactancia materna para el niño

La lactancia materna es un proceso único que proporciona la alimentación ideal y contribuye al crecimiento y desarrollo saludable del niño, reduce la incidencia y gravedad de enfermedades infecciosas, disminuye la morbilidad y mortalidad infantil, le confiere al niño mayor resistencia a las infecciones.⁽⁷⁾ Además de alimento propiamente dicho, es un medio de transmisión de anticuerpos que contribuyen al mecanismo de defensa inmunológica del niño. Igualmente, la madre corre menor riesgo de osteoporosis y de cáncer de mama y ovarios, ambos obtienen gratificación emocional y establecen mejor relación madre-hijo, además es más higiénica y proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y la nación.⁽⁷⁾

Un meta-análisis sobre el desarrollo cognitivo entre bebés amamantados y los alimentados con fórmula, señala que la lactancia se asocia con puntaje significativamente más altos



para el desarrollo cognitivo y que los beneficios de lactancia para el desarrollo incrementan con la duración de la lactancia. Se vieron niveles significativamente mayores de la función cognitiva en amamantados que en alimentados con formula a los 6-23 meses de edad y estas diferencias eran permanentes en las edades sucesivas con una relación dosis-respuesta entre la duración de la lactancia y el coeficiente intelectual posterior.⁽⁹⁾

Los lactantes alimentados artificialmente tienen cinco veces más riesgo de desarrollar enfermedad gastrointestinal. De manera interesante, el estudio advierte que quienes amamantaron exclusivamente por 3 semanas tenían una protección significativamente mayor más allá del periodo de lactancia⁽¹⁰⁾.

La lactancia materna exclusiva en lactantes de 0-3 meses y la lactancia parcial durante todo el resto de la infancia podrían substancialmente reducir la mortalidad infantil en Latinoamérica. Las intervenciones para promover la lactancia materna deben dirigirse a los lactantes más pequeños.⁽¹¹⁾



Beneficios de la lactancia para la madre

Contribuye a aumentar los niveles de oxitocina que hace que el útero de la madre se contraiga y de esta manera ayuda a reducir la hemorragia después del parto y a recuperar el tamaño que tenía antes del embarazo.

Las madres lactantes queman más calorías que las demás mujeres, por lo que tienden a recuperar el peso que tenían antes del embarazo con mayor rapidez. Esto ocurre incluso cuando la mujer lactante consume las 500 calorías extras al día recomendadas para mantener su suministro de leche y cubrir sus propias necesidades nutricionales.⁽¹²⁾

Mujeres que amamantaron completamente por 6 meses, la densidad ósea disminuyó durante este tiempo pero había incrementado hacia los 18 meses a un nivel más alto que los niveles de base, asociándose la fractura de cadera en mujeres con más de 65 años, se encontró que las mujeres que se embarazaron y no amamantaron tenían el doble de riesgo de padecer fractura de cadera en comparación a las nulíparas y aquellas que habían amamantado.⁽¹³⁾



Un estudio multinacional mostró una disminución del riesgo de cáncer de ovario de 20-25% en mujeres que amamantaron por lo menos 2 meses por embarazo, comparados con quienes no amamantaron.⁽¹⁴⁾

Desventajas de la leche materna

Los bebés amamantados tienen un riesgo mayor de desarrollar raquitismo, ya que la leche materna, a diferencia de la fórmula, tiene un bajo contenido de vitamina D (la AAP recomienda que todos los bebés, incluidos aquellos que se alimentan exclusivamente con leche materna, deben consumir al menos 200 UI de vitamina D desde los primeros meses de vida)⁽⁶⁾

El contenido de Vitamina K de la leche humana también es bajo, y puede favorecer la enfermedad Hemorrágica del recién nacido. Se recomienda la administración parenteral de 1mg de Vitamina. K al momento del nacimiento. Lo que es en especial importante en los que van a recibir lactancia materna.⁽⁷⁾



La transmisión del VIH a través de la leche materna está bien documentada. Por tanto, si existen alternativas seguras se recomienda que las madres infectadas no den pecho a sus hijos como se recomienda a las madres Estadunidenses; sin embargo en muchos países en vías de desarrollo la lactancia resulta crucial para la supervivencia del niño; si es así, el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna puede ser menor que el que supone otros métodos de alimentación. La OMS recomienda mantener la lactancia materna incluso en zonas con altas tasas de infección por VIH, a menos de que se disponga con facilidad de fórmulas artificiales seguras. Este hecho refleja la creencia de que el riesgo de alimentar a un niño con fórmulas artificiales en países en vías de desarrollo es significativamente mayor que el de que se infecte por el VIH a través de la leche materna.
(6) (7)

Las mujeres que tienen tuberculosis activa y que no se han tratado con medicamentos tampoco deberían amamantar a sus hijos. (Sin embargo, las mujeres que reciben un tratamiento con fármacos para la tuberculosis pueden amamantar a sus bebés con seguridad. ⁽⁶⁾



En la leche Humana se ha identificado Citomegalovirus (CMV), Virus linfotrópico T Humano de tipo 1, Virus de la Rubéola, Virus de la Hepatitis B y Virus del Herpes Simple. De ellos el más problemático es el CMV. Cerca de dos tercios de los niños seronegativos que reciben lactancia materna pueden llegar a infectarse por CMV. ⁽⁷⁾

Se asocia la deshidratación hipernatrémica a la Lactancia Ineficaz en madres fundamentalmente primíparas que recibieron el alta en 48 horas después del parto, los niños presentaron una hipernatremia de intensidad moderada, con pérdida media de peso del 13.7%, presentaron además crisis de apnea y bradicardia. ⁽¹⁵⁾

Tipos de lactancia materna

.- *Lactancia materna exclusiva*: cuando el niño no recibió ningún tipo de leche o fórmula infantil distinta a la leche materna durante los primeros 6 meses.



.- *Lactancia materna más fórmula de inicio*: el niño recibió lactancia materna por lo menos durante 30 días y continuó con fórmula de inicio hasta los 6 meses.

.- *Fórmula de inicio*: el niño no recibió lactancia materna o la recibió por un período menor a 30 días y continuó con fórmula de inicio hasta los 6 meses.

. -*Lactancia materna mixta*: Niños alimentados con leche materna y leche de fórmula.⁽¹⁶⁾

Inicio de la lactancia materna

El calostro, debería ser lo primero que pruebe el recién nacido. No se le debería proporcionar agua, ni otra bebida o alimento a modo de ritual. Debido a los altos niveles de anticuerpos, vitamina A y otros agentes de protección, al calostro se lo suele considerar la primera vacuna del neonato.⁽⁷⁾

La demora en el inicio de la lactancia materna incrementa el riesgo de mortalidad neonatal, así lo indica un estudio realizado en una zona rural de Ghana a través de un sistema de vigilancia de 4 semanas de duración de un ensayo



continuo sobre la suplementación materna con vitamina A. El análisis se basa en 10.947 lactantes amamantados nacidos entre julio del 2003 y junio del 2004. La lactancia materna se inició en el transcurso del primer día de vida en el 71% de los casos y concluyó al tercer día en todos ellos excepto el 1.3%; el 70% fue amamantado exclusivamente durante el período neonatal. El riesgo de muerte neonatal se cuadruplicó entre los lactantes que recibieron líquidos lácteos o sólidos además de la leche materna; en términos generales, el inicio tardío de la lactancia materna se asoció a un incremento del riesgo 2.4 veces mayor.⁽¹⁷⁾

La promoción de la lactancia materna es una estrategia clave para la supervivencia infantil. Las primeras horas posteriores al nacimiento son críticas tanto para la madre como para el recién nacido. Se recomienda que el inicio de la lactancia materna deba ser en lo posible durante las dos primeras horas posteriores al parto.⁽¹⁷⁾



Duración exclusiva de la lactancia materna

La lactancia exclusiva es definida como un infante que consume leche materna sin suplementación de ningún tipo, excepto por vitaminas, minerales y medicamentos. El tiempo óptimo de duración de la lactancia materna exclusiva es un punto importante de salud pública.⁽⁴⁾ La OMS apoyándose en la evidencia científica actual recomienda la lactancia materna exclusiva por 6 meses, seguida por la introducción de alimentos complementarios. Esta recomendación es aplicable a todas las poblaciones⁽¹⁸⁾.

No hay duda de que la lactancia materna exclusiva constituye la alimentación ideal, suficiente para mantener un crecimiento y un desarrollo óptimo durante los 6 primeros meses de vida, aproximadamente. Aun cuando el niño ya es capaz de recibir otro tipo de alimentos, la leche materna seguirá siendo su fuente primordial de nutrición durante los primeros 12 meses y se convierte en complemento de los alimentos al segundo año de vida. ⁽¹⁹⁾ Los lactantes con lactancia materna exclusiva durante seis meses experimentan menos morbilidad por infecciones gastrointestinales que aquellos



que reciben lactancia mixta a partir de los tres o cuatro meses.⁽⁴⁾

En nuestro país, un estudio cualitativo y cuantitativo a través 175 encuestas a madres con recordatorio de dieta de 24 horas, realizado en la Provincia de Esmeraldas durante el 2005; reflejan que la lactancia exclusiva no supera los 2 meses de edad en promedio, determinando una marcada prevalencia de enfermedades infecciosas de IRA y EDAs, que afectan notablemente el crecimiento y desarrollo de los menores.⁽²⁰⁾

Factores sociales y psicológicos que influyen en la lactancia materna

La mayoría de las madres inicia la lactancia natural, aunque diversos factores sociales, económicos y culturales han influido para que se produzca una caída en el porcentaje de madres que lactan a sus hijos por el tiempo recomendado. La decisión de amamantar está fuertemente influenciada por la información acerca de la alimentación infantil que reciben las madres y por el apoyo físico y social proporcionado durante



el embarazo, parto y puerperio. Las actitudes familiares, médicas y culturales, las condiciones económicas, presiones comerciales y las políticas y normas, nacionales e internacionales pueden favorecer o desincentivar la lactancia.

(21)

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Inicio de la alimentación complementaria

La alimentación complementaria es definida como la alimentación en el período en el cual otros alimentos o líquidos son ofrecidos al niño además de la leche materna.

(22)

La OMS recomienda que los alimentos complementarios sean ofrecidos a partir de los seis meses de edad.⁽⁴⁾ Para asegurar que satisfagan sus necesidades nutricionales, los alimentos complementarios deben ser oportunos, adecuados e inocuos, ofrecido con técnica, frecuencia y consistencia adecuadas con la edad, de forma que atienda a las sensaciones de hambre y saciedad del niño.⁽²³⁾



Se realizó un estudio trasversal en la región de Botucatu (Brasil) para evaluar su introducción oportuna o no mediante visitas domiciliarias a un grupo de lactantes y sus madres, existió una menor tasa de introducción de líquidos como agua e infusiones (mates) durante el primer año de vida, aumentando de esta forma en un 60% las oportunidades del niño de tener lactancia materna exclusiva en los primeros 4 meses. El consumo de golosinas (caramelos, gaseosas, empanadas y chocolates) fue 40% menor entre los otros beneficios observados.⁽²⁴⁾

Características de la alimentación complementaria

Durante el primer año de vida la alimentación de los niños tiene dos componentes: la leche humana o los sucedáneos de la misma, y los alimentos diferentes a la leche materna. La Lactancia materna exclusiva por mayor tiempo ya no satisface los requerimientos nutricionales del niño, siendo ésta la razón principal para introducir después de este lapso alimentos diferentes a la leche materna.⁽²⁵⁾

- La leche o fórmula debe seguir suministrándose en cantidades no inferiores a medio litro diario para asegurar una ingesta adecuada de calcio (500 mg por



día) que permita la correcta mineralización del esqueleto.

- La alimentación complementaria no debe contener gluten hasta que el lactante haya cumplido por menos seis meses.
- Entre cada alimento nuevo que se incluye debe pasar un intervalo de tiempo aproximado de una semana, para así poder valorar la tolerancia del niño frente al mismo.
(11)
- Debe ofrecerse agua entre las comidas y después de las mismas, sobre todo si hay fiebre o en días calurosos.
- No es aconsejable añadir sal a las comidas durante el primer año de vida.
- La Academia Americana de Pediatría recomienda evitar la leche de vaca antes del año, ya que su consumo previo incrementa el potencial para la deficiencia de hierro y contribuye a una alta carga renal no deseable de solutos.⁽⁹⁾
- Las grasas no deberían ser restringidas en las dietas de los niños menores de 2 años, ya que varios estudios han demostrado que su limitación conduce a un



consumo inadecuado de energía alimentaria y de nutrientes esenciales.⁽¹¹⁾

Tipos de alimentos

- a) Cereales: Son el primer paso de la alimentación complementaria siendo sus características su consistencia fluida (papillas), su buena aceptación y su fácil deglución. Representan una importante fuente de energía; pero no contienen muchos lípidos. ⁽¹¹⁾
- b) Frutas: Son ricas en vitaminas, azúcares, agua, sales minerales y fibra. Se administran en forma de papillas de confección doméstica o en preparados industriales. Suelen incluir plátanos, manzana, naranja.
- c) Verduras y hortalizas: Se emplean en forma de purés caseros (tritutados) y a medida que progresan la función masticatoria y la deglución de sólidos, se va aumentando paulatinamente su textura para evitar rechazos de alimentos enteros en las semanas o meses próximos; sin adición de sal, o en forma de productos industriales. Integran la dieta del niño asociados a carnes o pescados a partir de los seis meses o antes, pero cuidando de excluir alimentos ricos en nitratos



(espinaca, col, remolacha), por el peligro de metahemoglobinemia. ⁽¹⁴⁾

d) Carnes, pescados y huevo: Las carnes deben contener poca grasa y suelen mezclarse con los purés vegetales en cantidades dependientes de las proteínas que el lactante ingiera con la fórmula láctea. Usualmente comienzan a administrarse en raciones de 25 a 30 g al día. Los pescados aportan ácidos grasos nutricionalmente importantes y contienen también proteínas de buena calidad pero, como las del huevo, son muy antigénicas, por lo que estos dos alimentos suelen ser los últimos que se incluyen en la dieta del bebé. Los pescados se administran en cantidades similares a la carne, y alternándolas con ella. No deben introducirse hasta los 9 a 10 meses.⁽¹⁶⁾ El huevo se dará siempre cocido, en cantidad no superior a media yema dos veces por semana y a partir del décimo mes. La clara del huevo no se introduce hasta después de cumplir un año de vida.

e) Las legumbres se introducen a partir del primer año.



- f) Las vísceras no deben formar parte de la alimentación complementaria, por su elevado contenido en grasas saturadas.⁽¹⁶⁾

Formulas lácteas

Tipos de fórmulas lácteas

- Formulas de Inicio: cubren los requerimientos nutricionales del lactante sano hasta los 6 meses de vida y luego pueden ser utilizadas como complemento de otros alimentos hasta el año de edad.
- Fórmulas Lácteas de Continuación, que están recomendadas para después de los seis meses de edad como parte complementaria de un régimen mixto de alimentación.
- Fórmulas creadas para uso dietético especial en alteraciones específicas: como es el caso de niños



prematuros, en aquellos que presentaron intolerancia a la lactosa (de las fórmulas maternas); en los que tienen enfermedades atópicas y errores metabólicos congénitos, entre otros.

Para conocer en qué momento se inició la introducción de la fórmula láctea en niños menores de seis meses, que acudieron al servicio de emergencia del ambulatorio Jesús Reggeti de la comunidad de las Minas de Baruta en Caracas, Venezuela, así como las posibles variables que pueden influenciar la selección de lactancia materna vs fórmula láctea (FL), se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2000. Aplicando la encuesta a 101 madres de estos niños. Encontrándose que 50 niños recibieron lactancia materna exclusiva y 51 recibieron FL, para esos 51 niños la introducción de la FL ocurrió antes de los tres meses de vida en un 54,89%. Asimismo en el 52,94% de los casos utilizaron leches maternizadas y el 72,5% de las madres justificaron el inicio de la FL porque "el niño no queda satisfecho". Se encontró diferencias estadísticamente significativas con respecto al grado de instrucción materna y el momento de



ablactación. Se hace necesario reforzar los programas de promoción de la lactancia materna exclusiva.⁽²⁶⁾

Estándares para sus componentes

Si bien éstos varían un poco de un país a otro, nos basaremos en esta oportunidad en lo que dice la Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (SEGNP), acerca de cuáles son los mínimos y máximos niveles de gran parte de los componentes necesarios para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante.⁽⁹⁾

En sus respectivas publicaciones, ambas sociedades consideran poco conveniente utilizar leches enteras líquidas, evaporadas o en polvo en la alimentación de las lactantes menores de seis meses de edad, debido a su alta concentración de proteínas, grasas saturadas y al bajo contenido de hidratos de carbono, específicamente lactosa.
(27)

Leches de última generación



Son los elementos claves de las Fórmulas Lácteas de última generación y contribuyen a lograr un buen estado de salud y disminuir el riesgo de adquirir algunas enfermedades, mejorando el balance microbiano intestinal, asemejándose a la de lactantes alimentados con leche materna.⁽¹⁷⁾

En Cuanto al Ecuador un estudio cualitativo y cuantitativo realizado en la Provincia de Esmeraldas a 175 madres, reflejan que la alimentación infantil complementaria se inicia antes de los 5 meses combinada con seno materno, el destete se lo hace antes de los 11 meses, el 73% de madres reciben consejería sobre lactancia materna, sin embargo de ello existe un alto porcentaje de ellas que dan a sus hijos sustitutos de leche materna. En la dieta de los niños/ñas existe una deficiencia de Hierro, zinc, calcio y vitamina A, debido a que existe un predominio de hidratos de carbono en relación a las proteínas, vitaminas y minerales que los niños deben consumir en su dieta según el requerimiento diario.⁽¹²⁾



Creencias, percepciones, actitudes y experiencias sobre la lactancia materna y alimentación complementaria

Estudios acerca de las creencias y percepciones de la lactancia materna realizados en grupos focales evidencian que las razones para el inicio de la lactancia materna no son muy claras, algunas de las madres reconocen que la leche materna ayuda al desarrollo temprano del niño (gatear o caminar) o es un buen alimento en caso de enfermedad como la diarrea. Otras madres relacionan el contenido de la leche con el estado general del niño, por ejemplo, la leche “aguada” enflaquece al niño, mientras que la leche “pesada” los engorda y les demora el aprendizaje de la marcha. Muy pocas reconocen sus efectos en el crecimiento. El ideal de la cultura de Guapi (Venezuela) es que la lactancia materna debe durar de 18 meses a 24 meses. Las parteras comentan que existía la creencia que las niñas deberían ser alimentadas por menos tiempo que los niños: *"las niñas deben alimentarse hasta los 18 meses, mientras que los niños hasta los dos años"*. Según sus creencias, las niñas alimentadas con seno por mucho tiempo se volvían de "naturaleza caliente" en la adultez. Las madres relatan que el destete más temprano en las niñas era recomendado por las



abuelas, pero que ellas no ponen en práctica esta creencia con sus hijos. ⁽²⁸⁾

Creencias sobre lactancia materna

En torno al tema del amamantamiento, existen varias creencias. La mayoría de ellos tienen su origen en el desconocimiento, en la desinformación, pero lo cierto es que circulan entre nosotros y muchas veces ocasionan problemas en una lactancia que podría haber sido exitosa. ⁽²⁹⁾

Por ejemplo no es inusual escuchar algunas expresiones; de las cuales existen varios estudios que refutan unas y apoyan otras:

- “Si amamantas más de equis tiempo, se te caerán los pechos (o te quedarán grandes)” Cuando lo que realmente causa cambios en los pechos en algunas ocasiones es el embarazo.
- “Si le das cada vez que pide vas a malcriarlo y será un niño muy dependiente” Un estudio que lidiaba específicamente con bebés amamantados durante más de un año mostró que hay



tendencias estadísticamente significativas que demuestran la disminución en las puntuaciones de desórdenes de conducta cuando la duración de la lactancia se prolonga (Ferguson et al, 1987). El cubrir las necesidades de dependencia de un niño, de acuerdo con su horario personal y único, es la clave para ayudar a ese niño a alcanzar su independencia.⁽²⁷⁾

- “Amamantar frecuentemente al niño reduce la producción de leche”
La cantidad de leche que una madre produce llega a su punto óptimo cuando se le permite al niño amamantar tantas veces como lo necesite. El reflejo de eyección de la leche opera más fuertemente en presencia de un buen suministro de leche, que normalmente ocurre cuando se alimenta al niño a demanda.
- “Una madre necesita amamantar únicamente de cuatro a seis veces cada 24 horas.” Los estudios científicos demuestran que cuando una madre amamanta frecuentemente desde que nace el niño, con un promedio de 9,9 veces cada 24 horas durante los primeros 15 días, su producción de leche es mayor, el



niño aumenta mejor de peso y la madre amamantará durante un período de tiempo más largo.

- “Las madres lactantes deben espaciar las tomas para que puedan llenársele los pechos.” Cada pareja madre/hijo es única y diferente. El cuerpo de una madre lactante siempre está produciendo leche. Sus senos funcionan en parte como "depósitos de reserva", algunos con mayor capacidad que otros. Cuanto más vacío este el pecho, más rápido trabajará el cuerpo para reabastecerlo. Cuanto más lleno esté el pecho, más lenta será la producción de leche.
- “Es la cantidad de leche que el niño consume, no si es leche materna o de fórmula, lo que determina cuánto tiempo aguanta un niño entre dos tomas.” Los niños amamantados vacían el estómago más rápidamente que los niños alimentados con biberón, aproximadamente en 1,5 horas en vez de hasta 4 horas. Esto se debe al tamaño mucho menor de las moléculas de las proteínas que forman parte de la leche materna. Aunque la cantidad de leche que se consume es uno de los factores que determinan la frecuencia de las tomas, el tipo de leche es de igual importancia.



- “Nunca despiertes al niño que duerme.” Aunque es verdad que la mayoría de los niños indican cuándo tienen hambre, es posible que los recién nacidos no se despierten tan a menudo como lo necesitan, por lo que hay que despertarlos si fuera necesario para que coman por lo menos ocho veces cada 24 horas. Quizá no se despierta a causa de los medicamentos que recibió la madre durante el parto, por ictericia, trauma, chupete, medicamentos maternos o comportamiento introvertido por parte de los niños a los que se les hace esperar cuando dan señales de hambre.
- “El metabolismo del niño se encuentra desorganizado al nacer y requiere que se le imponga una rutina u horario para ayudar a resolver esta desorganización.” Los niños nacen programados para comer, dormir y tener períodos de vigilia. No es un comportamiento desorganizado, sino un reflejo de las necesidades únicas de cada recién nacido. Con el transcurso del tiempo los bebés se adaptan gradualmente al ritmo de vida de su nuevo ambiente sin precisar entrenamiento ni ayuda.



- Las madres lactantes deben usar siempre ambos pechos en cada toma. Es mucho más importante dejar que el niño termine de tomar del primer lado antes de ofrecer el segundo, aunque esto signifique que rechace el segundo lado durante esa toma. La última leche (que contiene más calorías) se obtiene gradualmente conforme se va vaciando el pecho. Para algunos niños, si se les cambia de lado de forma prematura, se llenarán de la leche primera, más baja en calorías, en vez de obtener el equilibrio natural entre la leche primera y segunda.
- “Si un niño no aumenta bien de peso, es posible que la leche de su madre sea de baja calidad”. Los estudios demuestran que aun las mujeres desnutridas son capaces de producir leche de suficiente calidad y cantidad para suplir las necesidades de crecimiento del niño. En la mayoría de los casos, el escaso peso se debe al consumo insuficiente de leche materna o a un problema orgánico del niño
- “Cuando una mujer tiene escasez de leche, generalmente se debe al estrés, la fatiga o el bajo consumo alimenticio y de líquidos.” Las causas más



comunes de leche escasa son: tomas infrecuentes y/o problemas con el afianzamiento y postura del bebé al mamar. Ambos problemas se deben en general a información incorrecta que recibe la madre lactante. Los problemas de succión del niño también pueden afectar de forma negativa a la cantidad de leche que produce la madre. El estrés, la fatiga o la mala nutrición rara vez son causas de baja producción de leche, ya que el cuerpo humano ha desarrollado mecanismos de supervivencia para proteger al lactante en tiempos de hambruna.

- “Una madre debe tomar leche para producir leche.” Una dieta saludable de verduras, frutas, cereales y proteínas es todo lo que una madre necesita para nutrirse adecuadamente y producir leche. El calcio se puede obtener de una gran variedad de fuentes no relacionadas con los lácteos, como las verduras verdes, semillas, frutos secos y pescados como la sardina y el salmón con espina. Ningún otro mamífero toma leche para producir leche.
- “Chupar sin el propósito de alimentarse, no tiene base científica.”



Las madres con experiencia en lactancia aprenden que los patrones de succión y las necesidades de cada niño varían. Aunque que las necesidades de succión de algunos niños se satisfacen primordialmente cuando comen, otros niños requieren más succión al pecho, aun cuando hayan acabado de comer hace unos minutos. Muchos niños también maman cuando tienen miedo, cuando se sienten solos o cuando algo les duele.

- “Las madres no deben prestarse a ser el "chupón" de su hijo.”

Consolar y suplir las necesidades de succión al pecho es el diseño de la naturaleza para madres e hijos. Otras razones de ofrecer el pecho para apaciguar al niño incluyen un mejor desarrollo oral y facial, la prolongación de la amenorrea, evitar la confusión de succión y estimular una producción adecuada de leche que asegure un índice más elevado de éxito de la lactancia.

- “La confusión tetina - pezón no existe.” La alimentación al pecho y la alimentación por biberón requieren diferentes técnicas orales y motrices. Las tetinas artificiales proveen una especie de "sobre-estimulación" en la que los niños pueden fijarse y preferir al pezón,



más suave. Como resultado, algunos bebés desarrollan la confusión de succión y usan técnicas no adecuadas para mamar al pecho cuando se les ha ofrecido biberón y pecho.

- “La lactancia frecuente puede dar lugar a la depresión postparto.” Se cree que la causa de la depresión postparto es debida a las hormonas fluctuantes que se presentan después del nacimiento del niño y que puede agudizarse por la fatiga y por la falta de apoyo social. Sin embargo, se da en mujeres con problemas anteriores al embarazo.
- “Mi leche le hace daño”. La leche materna es la sustancia más natural y fisiológica que el niño puede ingerir. Si el bebé muestra señas de sensibilidad relacionadas con la alimentación, en general se deben a alguna proteína ajena que ha logrado entrar a la leche materna, y no a la leche materna en sí.
- “La lactancia demasiado frecuente causa obesidad cuando el niño crece.” Los estudios científicos demuestran que los niños amamantados que auto-controlan sus patrones alimenticios y la cantidad que ingieren tienden a



consumir la cantidad de leche adecuada para su propio cuerpo. Es la alimentación con biberón y la introducción precoz de alimentos complementarios la causa de que se vean afectados de obesidad al crecer, no la lactancia natural.

- “La Lactancia prolongada carece de valor, ya que la calidad de la leche se deteriora.”
La composición de la leche materna cambia de acuerdo con las necesidades del niño conforme éste madura. Aun cuando el niño ya es capaz de recibir otro tipo de alimentos, la leche materna es su fuente primordial de nutrición durante los primeros 12 meses. Se convierte en complemento de los alimentos al segundo año de vida. Además, el sistema inmunológico del niño tarda entre dos y seis años en madurar.^{(30) (34)}

Un estudio descriptivo y de intervención en el Hospital de Guantánamo, con una muestra de 165 madres; precisó que entre los niños internados, no se beneficiaron de la Lactancia Materna Exclusiva dada por la presencia de enfermedades maternas, estado psíquico de la progenitora, así como



creencias populares o de otro tipo que influyeron en la sustitución de la lactancia materna por la artificial. ⁽³⁵⁾

En general, las madres que eligen la lactancia materna frente a las que se deciden por la lactancia artificial, se diferencian en que son de mayor edad, tienen un mayor nivel de educación, mayores ingresos y con mayor frecuencia, están casadas o tienen pareja estable. El entorno social y las creencias sociales influyen notablemente en las decisiones individuales. ⁽³⁵⁾

Percepciones, actitudes y experiencias relacionadas con lactancia materna

Se realizó un estudio descriptivo con 104 madres en el periodo de puerperio para explorar los conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia en el Seguro Social de Popayán, Colombia, aunque el nivel de conocimientos fue aceptable, el estudio permite establecer la necesidad de un programa educativo para reforzar las conductas deseables sobre lactancia materna, principalmente en la complementación gradual. Las madres que necesitan esta intervención son las de menor edad, solteras o en unión libre,



primíparas, con niveles bajos de estrato socioeconómico y escolaridad.⁽³⁶⁾

Un estudio descriptivo, cualitativo y cuantitativo, mediante la aplicación de una encuesta a los padres de todos los niños del Jardín, en la ciudad de Bogota, durante los años 2004 y 2005. El 98 % de los niños recibió leche materna y en la mayoría de casos, 75 % se reconocieron los beneficios de esta tanto para la madre como para el niño. Solo el 21 % finalizó la lactancia antes de los 6 meses, edad mínima recomendada por la OMS. El 40 % de las madres mantienen la lactancia a los 12 meses.⁽³⁷⁾

La prevención de problemas como, fisuras mamarias y regurgitación mamaria (55,0% de las madres en estudio mencionaban haber o tener problemas con las mamas) han sido identificados como los principales factores por los que las madres interrumpe de Lactancia Materna Exclusiva en niños menores de 4 meses, lo que evidencia fallas en las rutinas asistenciales dentro de los servicios de salud locales y en el sistema de apoyo a las madres que dan de lactar, especialmente en las primeras semanas de vida de los bebes. Pero debe resaltarse la existencia de estudios en



niños menores de seis meses que encuentran como justificativas por parte de las madres: "leche no nutritiva", "poca leche" e "inseguridad materna frente al llanto del bebe" (31)

Se conoce que la incapacidad de lactar, la verdadera producción de leche de bajo valor nutritivo son situaciones muy raras, las consideraciones de las madres que fueron encontradas en este estudio no se sustentan como motivos "reales" para ofrecer al lactante otras leches; y muy por el contrario son considerados motivos percibidos por ellas. (31)

Creencias, percepciones, actitudes y experiencias sobre el destete

La decisión del destete depende de las condiciones de cada bebe. Por ejemplo: la edad a la que se para o gatea, o la edad a la que se acostumbra a la comida. El destete natural en las madres Guapireñas (Venezuela) ocurre cuando los niños "ya coman", lo que para ellas significa: comer tres o cuatro veces al día, comer todo tipo de alimentos y recibir comida de otros miembros de la familia. En general se acepta que a los 10 meses muchos de los niños ya comen solos: *"Uno ve que empiezan a comer de todo....se lo comen todo,*



ya están grandes," "Toman sopita, toma compota, toma jugo." ⁽³²⁾

El destete obligatorio ocurre principalmente en tres condiciones:

- 1) Un nuevo embarazo.
- 2) Escasez de leche.
- 3) Efectos negativos del amamantamiento sobre la salud de la madre.

En el primer caso, se cree que la leche materna de la mujer en embarazo es "mala" para el niño ya que se asocia con episodios de diarrea y pérdida de peso. Las madres notan que los niños se ponen flaquitos y en muchas ocasiones esa es la prueba que confirma su nuevo embarazo. La escasez de leche es referida especialmente en las madres que lactan por menos de 6 meses. Estas madres refieren que les baja poca leche o que su leche es poco alimenticia: *"Yo tengo un problema, hasta los tres meses me baja leche...tengo que meter el tetero aunque no quiera". "Mi leche es balsuda, no se llenan quedan con hambre".* ⁽³²⁾



Finalmente el destete obligatorio también ocurre cuando la madre refiere pérdida excesiva de peso o dolores de espalda: "*...toma mucho seno me acaba y me duele la espalda*"; "*No le puedo dar más porque me duele la espalda*". El destete se puede realizar de dos maneras. Algunas madres destetan al niño de manera brusca apretándose el pezón por la noche para dormir con el fin que el niño no succione, o colocándose hierbas en el pezón para que el niño lo aborrezca. La mayoría hacen el destete de manera gradual. Por ejemplo, introduciendo comida de sal en los horarios que le daban pecho, alimentando con leche materna a los niños después del almuerzo, o suspendiendo el seno en las horas del día: "*Los niños ya no miran el seno porque están llenos*", "*Se prepara comida, se les da tetero, cuando ya comen no quieren más el seno*". Las parteras y curanderas comentan que las abuelas tenían la creencia que la combinación de la comida de sal y la leche materna enferma a los niños "los pone flaquitos", por ello decidían destetar cuando iniciaban la comida de sal.⁽³²⁾



Creencias, percepciones, actitudes y experiencias sobre alimentación complementaria

Para la gran mayoría de las madres, la alimentación complementaria debe iniciarse entre los 3 y 4 meses de edad. Los alimentos preferidos para el inicio son: sopas de pescado, el fríjol, los jugos no ácidos como el mango, y frutas como el chontaduro, la papaya, y la guayaba. En menor frecuencia las madres refieren como primer alimento las coladas de plátano, las papillas (esto es muy reciente), el huevo, las masitas (harina de trigo). Aunque no es la norma, algunas madres introducen alimentos sólidos en la primera semana de vida del niño.

La alimentación complementaria inicia de manera espontánea en el niño cuando el empieza a interesarse por la comida de los otros miembros de la familia quienes introducen pequeñas cantidades de alimentos con los dedos: "*Algunos empiezan a comer temprano, ellos miran comer y se saborean*". Otras madres deciden iniciar los alimentos semi-sólidos y sólidos de manera temprana para que los niños se vayan adaptando a la comida y puedan



posteriormente ser alimentados por cualquier miembro de la familia, facilitando en ellas el regreso al trabajo. ⁽³²⁾

OBJETIVOS

GENERAL

Describir las experiencias, percepciones, actitudes y creencias de las madres con respecto a la lactancia materna



y alimentación complementaria para contribuir al conocimiento sobre lactancia materna en el marco del proyecto de “Alimentación, Nutrición y Salud”.

ESPECIFICOS

- Describir las experiencias, percepciones, actitudes y creencias de las madres de niños menores de dos años con respecto a la Lactancia Materna y Alimentación Complementaria mediante el método etnográfico a través del grupo focal.
- Contribuir con criterios de valoración de métodos y técnicas cualitativas para el proyecto de “Alimentación, Nutrición y Salud”.



METODOLOGÍA

Tipo de estudio y diseño general

Se trata de un estudio cualitativo de tipo etnográfico, mediante la realización de grupos focales.

Variables

Creencias, percepciones, actitudes y experiencias sobre Lactancia Materna y Alimentación Complementaria.

Creencias: Es un modelo creado por la mente para satisfacer un deseo, generalmente sobre un hecho real o imaginario (en este caso sobre la lactancia materna y alimentación complementaria); del cual se desconoce o no se acepta una alternativa o respuesta racional. En las creencias relacionadas con lactancia materna todos aquellos individuos que compartan dicho deseo darán por buena una proposición y actuarán como si fuese verdadera (aunque no lo sea),



recopilando y acumulando en su saber lo que se denomina dogma y definiendo una moral necesaria para poder sostener dichos dogmas. Es por ello el fundamento de la tradición.

Percepción: Es la función psíquica que permite al organismo de la madre, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno en relación a la lactancia materna y la alimentación complementaria.

Actitud: Es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de la lactancia materna, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho tema. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables pero directamente sujetas a inferencias observables.

Experiencia: Es una forma de conocimiento o habilidad derivados de la observación y de las vivencias de la lactancia materna y alimentación complementaria. Tanto el ser humano como también muchos animales pueden obtener



conocimiento (experiencia) acerca de la lactancia materna a lo largo de sus vidas.

Población de estudio

La población estudiada la conformaron madres primigestas y multigestas de niños menores de 2 años de ambos sexos, que acudieron a la guardería del INNFA y al subcentro de salud N° 1 de la ciudad de Azogues.

Realizamos preguntas dirigidas a ocho grupos focales conformados de 6 a 8 madres.

Técnicas de recolección de datos

Desarrollamos la investigación a través de la técnica del grupo focal y entrevistas a profundidad, para conocer sobre las experiencias, costumbres, percepciones y creencias de las madres con respecto a la lactancia materna y alimentación complementaria. Participaron madres de niños menores de 2 años, sin distinción sociocultural ni de edad.

Se procedió a realizar en tres momentos:

Antes:



- Se procedió a contactar y comprometer a la administradora de la institución, en este caso a la Directora de la Guardería del INNFA y del Subcentro de Salud del Area #1 de Azogues.
- La selección del local se realizó en base a las comodidades de los participantes y de los investigadores, en un local cercano a los asistentes, con buena iluminación, que permitió el desenvolvimiento natural y espontáneo, el mismo que fue en una de las salas de la Guardería del INNFA y en el auditorio del Subcentro de Salud.
- Los moderadores de cada sesión fueron las investigadoras.
- Se diseñó una matriz de preguntas potenciales a partir de la prueba piloto preliminar.
- Se definió la hora, el día y el lugar de acuerdo a la aprobación del protocolo.
- Notificamos a las participantes mediante invitaciones escritas y verbales.

Selección de las madres

Criterios de inclusión:

- ✓ Madres de niños menores de dos años.



- ✓ Madres de cualquier edad.
- ✓ Madres sin distinción sociocultural y académica.
- ✓ Madres que procedan o que residan más de 3 años en el lugar de la encuesta.
- ✓ Madres que firmaron el consentimiento informado.

Aspectos éticos

Para garantizar los aspectos éticos de la presente investigación se solicitó el consentimiento informado (Anexo 2), en el cual constan los objetivos, propósitos, beneficios, duración, confidencialidad y libertad las participantes para retirarse del estudio en el momento que deseen.

Durante:

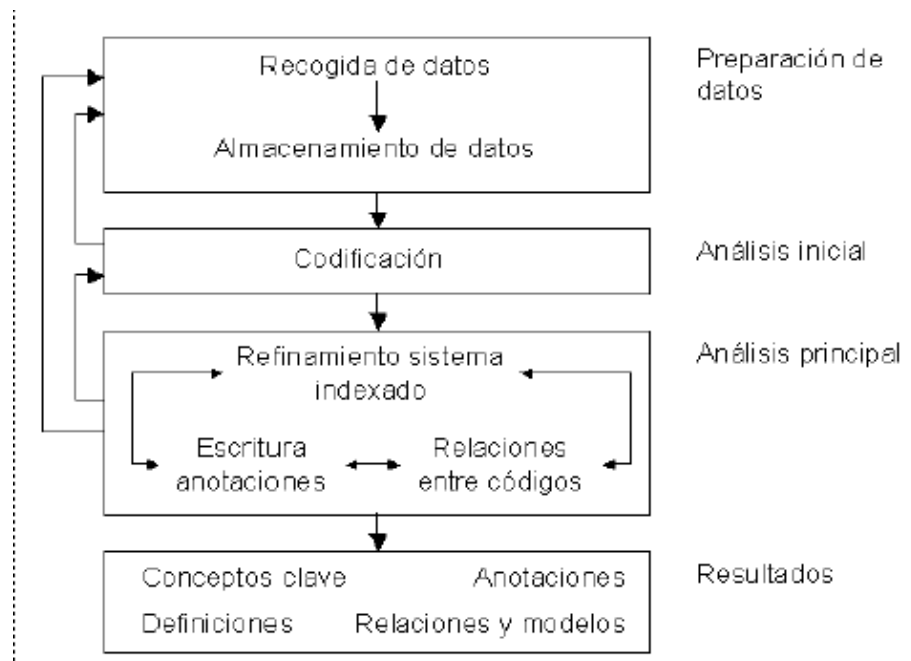
- Selección del entrevistador, el papel de guía de la entrevista focal fue llevado a cabo por uno de los integrantes del grupo de investigación.
- Observadores externos, el rol de observador fue tomado por uno de las investigadoras, el cual tuvo una actitud neutral frente a la discusión, limitándose a observar los gestos, comportamientos, liderazgos y silencios en los participantes.



- En cada grupo focal se desarrolló una introducción, conducción, discusión grupal y clausura con la presentación de las conclusiones y acuerdos.
- La sesión de trabajo fue grabada en equipos de audio y se tomó notas por parte del equipo de investigación durante la sesión.
- La duración fue de aproximadamente 1 hora.

Después

- La información ha sido procesada a través del programa ATLAS TI mediante el siguiente esquema:





- **Triangulación**

Triangulación de la información

Se cruzaron los resultados obtenidos a partir de las respuestas dadas por los sujetos a las preguntas por cada subcategoría obteniéndose así conclusiones de primer nivel, agrupación por pertinencia a categoría y obtención de conclusiones de segundo nivel, en un tercer paso se cruzaron las conclusiones categoriales que expresan los resultados a las preguntas centrales de la investigación.⁽⁴⁰⁾

Triangulación entre estamentos

Se compararon los resultados finales provenientes de las entrevistas con expertos en nutrición (Abril Victoria-Maestra en Nutrición) se encontró que las opiniones obtenidas determinan una tendencia mayor entre nosotros a mantener la lactancia materna por un año ó más.⁽⁴⁰⁾

Triangulación con fuentes de información



Los conocimientos de la formación médica concuerdan con la opinión de que las madres que permanecen en la casa tienden a largar la lactancia materna y aprecian en mayor medida los valores de la misma. ⁽⁴⁰⁾

Triangulación con el marco teórico

La información que sirvió como sustento del marco teórico concuerda con los resultados obtenidos en la investigación. ⁽⁴⁰⁾

- **Saturación.**

Luego del tercer grupo focal la información sobre el inicio, los beneficios y el tiempo de lactancia materna exclusiva tendió a saturarse obteniéndose las mismas respuestas de las participantes, a pesar de ello se realizaron dos grupos focales más en donde se saturaron las preguntas semiestructuradas acerca de la alimentación complementaria, duración de la lactancia y leches de fórmula respectivamente. ⁽⁴⁰⁾



RESULTADOS

Inicio de la lactancia materna y sus ventajas para el niño

Las madres escogen la lactancia desde el nacimiento por los beneficios que tiene sobre la salud, porque es el mejor alimento, provee de anticuerpos al organismo y les ayuda a crecer más saludable y fuerte ante las enfermedades. No se aducen otro tipo de razones que no sean las biológicas, como son los beneficios neurológicos, sociales y psicológicos.

“..Hablando médicamente la leche materna le ayuda al niño a subir sus defensas y mitológicamente la leche es el alimento básico que no es superado por ningún otro alimento y que nuestros pueblos han demostrado que el niño que amamanta más es más saludable y más fuerte”¹

Las mujeres señalan que el seno debe ser provisto según la demanda, las veces que el niño quiera, por lo tanto no hay un horario para el amamantamiento.

Las madres siguen confiando en la lactancia como un hecho positivo a pesar de las creencias negativas que a su



alrededor existen: porque podría ser perjudicial para la madre al perder el calcio de sus dientes y porque todos los componentes de la leche vienen de la madre.

“...Para la mamá la desventaja es que se descalcifica”²

En cuanto a las vitaminas y minerales dicen: *“... En lo que se bajaría en vitaminas, en calcio, porque las mejores vitaminas pasaría al bebé a través de la leche materna y para uno ya quedaría únicamente el resto de proteínas que no son tan importantes...”³*

Beneficios de la lactancia Materna para la madre

Dependiendo del área de procedencia de la madre la reducción de peso inmediata al dar de lactar al niño es considerada un beneficio para las madres del área urbana y una desventaja para las del área rural.

“Para uno es que uno se debilita cuando ellos lactan...uno baja de peso mucho...” Residencia: Queseras-Cañar.⁴



“...Uno se baja de peso mientras va dando de lactar, eso es un beneficio” Residencia: Azogues-Cañar.⁵

Se puntualiza que una de las mayores ventajas de la lactancia para la familia es que la leche materna no tiene costo, únicamente la madre debe alimentarse bien y se produce la leche necesaria para el lactante.

Relación entre el estado de ánimo e ingesta de comida copiosa con la calidad de la leche

Independientemente de la procedencia las madres asocian de manera frecuente el estado de ánimo y comida condimentada con la variación de la calidad de la leche.

Las madres creen que el estado de ánimo cambia la calidad de la leche, “se torna aguada y mala” y “le pasan al niño su malestar”, en el caso de cambios del estado de ánimo de la madre al niño le produce "El Colerín infantil" caracterizado por irritabilidad e inapetencia, para lo que dan al niño agua de toronjil.



“Cuando uno está con iras y se da el seno, al niño le da colerín infantil, y eso se cura con el agüita de toronjil”⁶

Lo mismo sucede con la comida condimentada, el niño presenta "como infección" puesto que se caracteriza por diarrea por lo que se debe dar al niño agua de manzanilla, si el cuadro no cede entonces acuden al pediatra.

“Cuando uno come algo que le hace mal, a los bebés igual les hace mal, les da diarrea”⁷

Por estas razones las madres reconocen que cuando dan el pecho a sus hijos deben estar de buen humor y cumplir con una dieta equilibrada a fin de que la calidad de su leche sea óptima y beneficie al niño.

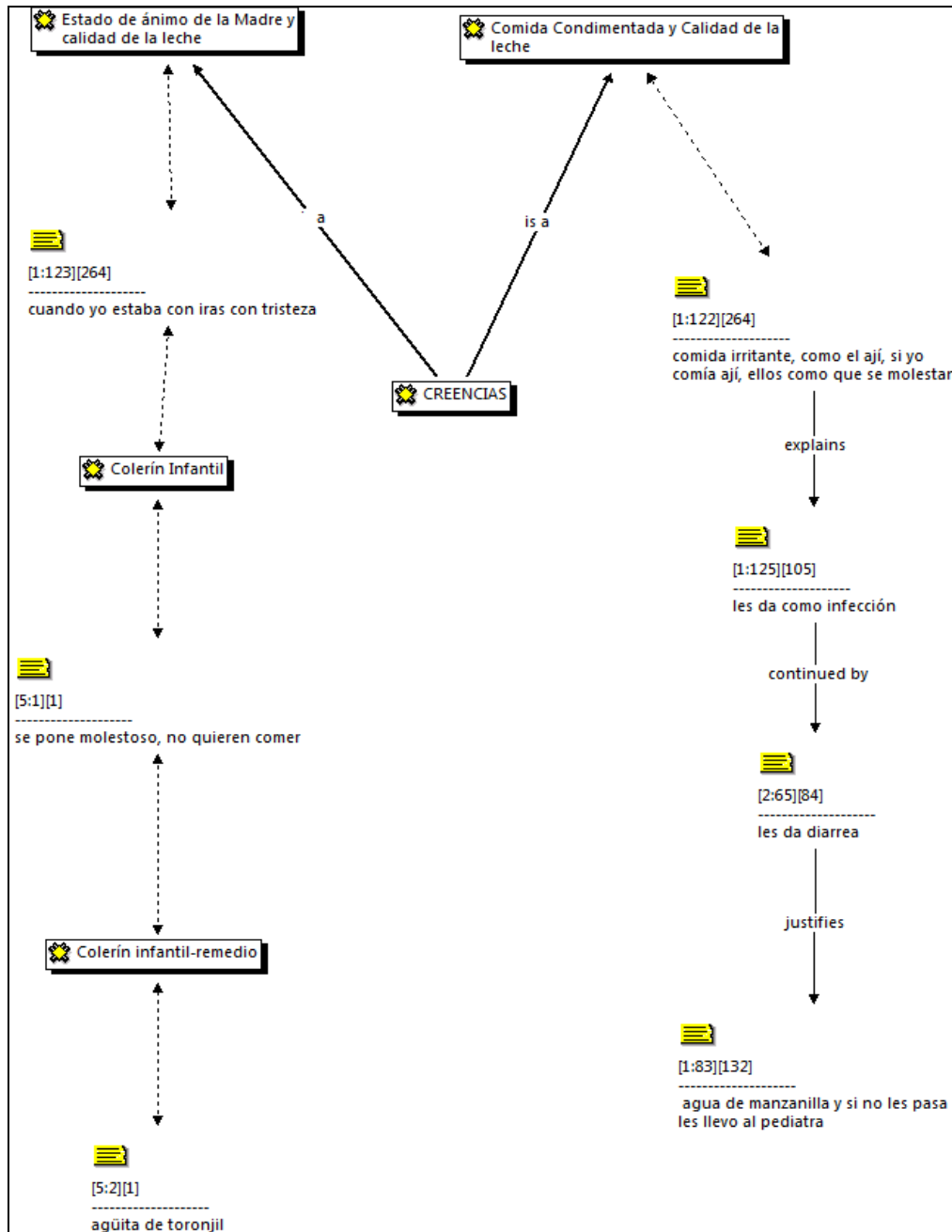
“No sé si sea creencia pero por ejemplo cuando yo estaba con iras con tristeza o con algo, el también se ponía así, claro y por ejemplo con alguna comida irritante, como el ají, si yo comía ají, ellos como que se molestan, se escaldan o como



que les molesta el estómago, como que se ponían mal, se les aflojaba un poquito el estómago.”⁸

CUADRO N° 1

**RELACIÓN ENTRE EL ESTADO DE ÁNIMO Y COMIDA
CONDIMENTADA CON LA CALIDAD DE LA LECHE
MATERNA**



FUENTE: Directa

ELABORACIÓN: Andrea Llivicura R.

Lactancia Materna Exclusiva



Todas las madres coinciden que la duración de la lactancia materna exclusiva debería ir hasta los seis meses, a partir de esa edad las necesidades alimentarias aumentan y se debe empezar con la alimentación complementaria para satisfacer dichas necesidades, además de que esta decisión se ve avalada por el consejo del médico.

“Los seis primeros meses sólo leche, me dijo la pediatra”⁹

Además que: *“Debe durar hasta los 6 meses, porque luego a ellos ya les da gana de comer lo que uno está comiendo, ya el seno no le basta...”¹⁰*

Algunas madres manifiestan que la lactancia materna exclusiva debe durar de 4 a 5 meses y es el desarrollo del niño el que determina la época de inicio de la alimentación complementaria; a veces es necesario, dicen las madres *“endurar el estómago con jugo de granadilla”*

“Yo empecé a darle el juguito de la granadilla, sin las pepas, sólo el juguito a los tres meses porque me dijeron que era bueno para endurar el estómago del bebé.”¹¹



Según la ganancia ponderal del niño las madres refieren: *“...hay algunas personas que dependiendo de que si el niño es bien desarrollado ya les empiezan a dar el jugo de granadilla a los 5 meses para que se haga duro el estómago.”*¹²

Otras frutas que se utilizan: *“Yo le empecé a dar a los cinco meses guineíto aplastado para endurar el estomaguito”*¹³

Duración de la Lactancia Materna

La supresión de la lactancia materna no tiene consenso, las opiniones son muy diversas. Se cree que la calidad de la leche a partir de año ya no es óptima para el niño y deja de ser útil.

Ah, porque la leche ya no es el alimento suficiente para ellos, porque ya la etapa en la que el alimento completo para ellos



*era la leche ya pasó, y ya las necesidades de ellos aumentan.*¹⁴

Las madres asumen que el cambio en la consistencia de la leche es debido a que ésta ya no contiene la cantidad de proteínas y vitaminas adecuadas, que no proveerá los nutrientes adecuados y es oportuno el destete.

*“La leche al año ya no es la misma, ya no es tan blanquita y eso no le vale al niño”.*¹⁵

Otra de las creencias es que la lactancia materna prolongada (dar de lactar más del año y medio) tornará a los niños dependientes de las madres y no podrán desenvolverse solos socialmente; además, esto puede durar por toda la vida. Será dependiente de su madre durante el resto de su vida.

Causas para el destete obligatorio son el trabajo y el estudio, pero al mismo tiempo aducen que es necesario contribuir con la economía de la familia y buscar la superación.



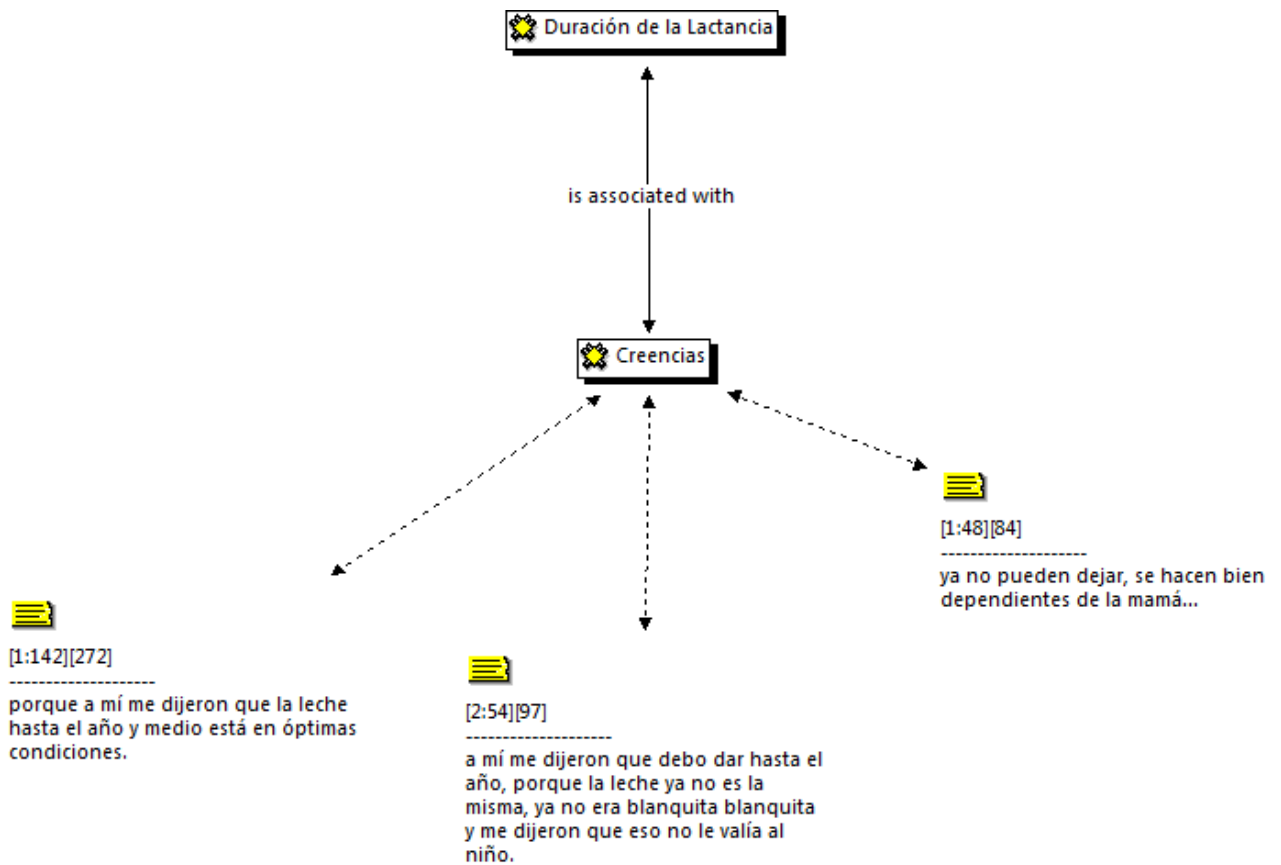
La reducción de la producción de la leche materna y los problemas con los pezones son también razones para el destete.

“Ellos crecen y empiezan a morder los pezones, ya hacen como vicio estar embocado el seno y no comen”¹⁶

“Mientras más tiempo de el seno le fortifica al niño, y en cambio si se le da mucho tiempo el niño se viene a adueñar del seno y ya no come la comida, y el destete es más difícil”¹⁷

CUADRO N°2

RELACIÓN ENTRE LAS CREENCIAS Y LA DURACION DE LA LACTANCIA



FUENTE: Directa.

ELABORACIÓN: Andrea Llivicura R.

Opinan además que cuando la madre tiene alguna enfermedad infectocontagiosa, anemia, o cuando están tomando antibióticos se debe suspender el seno materno.

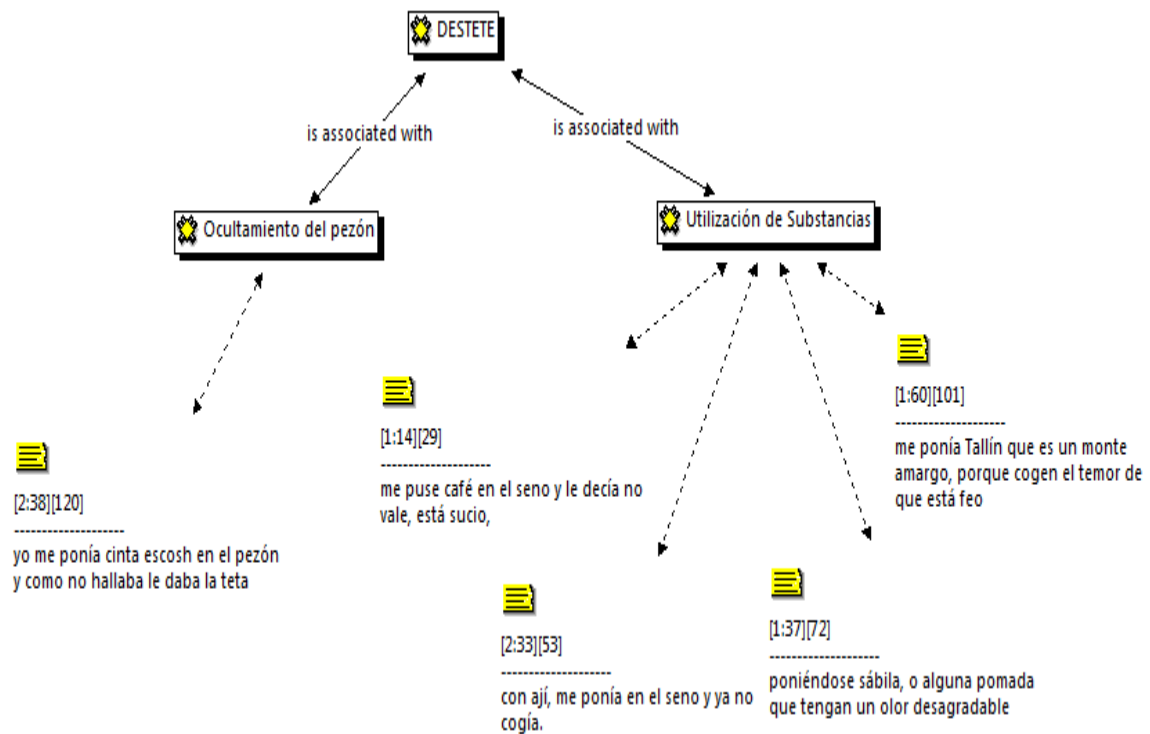
DESTETE TÉCNICAS



En cuanto a la manera de destetar a sus hijos podemos indicar algunos métodos:

1. Las madres colocan en el seno sustancias con sabores desagradables como ají, mentol, hierbas amargas (Tallín), café, limón, lo que provoca el rechazo del niño al seno.
2. Algunas madres ocultan el pezón con cinta engomada, para que así el niño no encuentre el pezón y no pueda lactar: *“yo me ponía cinta engomada en el pezón y como no hallaba le daba la teta porque tenía hambre.”*¹⁸

**CUADRO N°3
TECNICAS DE DESTETE #1**





FUENTE: Directa.

ELABORACIÓN: Andrea Llivicura R.

3. Alejamiento de la Madre por lo menos de tres días.

“Separándole, haciéndole que no duerma conmigo, porque si no, no va a dejar...”¹⁹

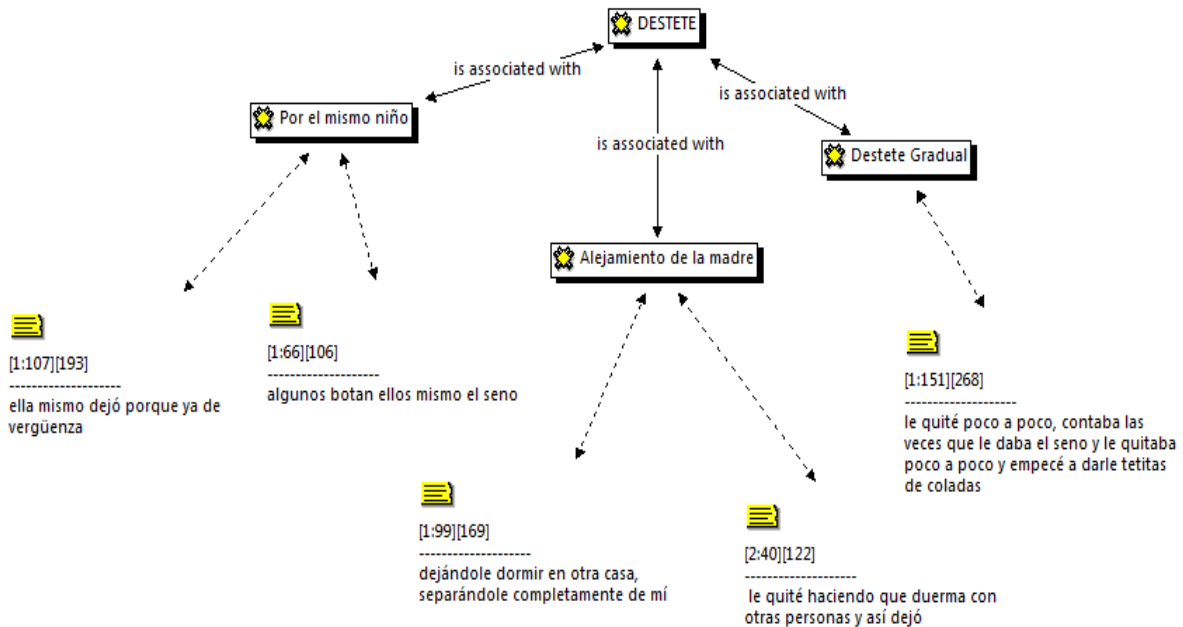
4. Destete Gradual, es contando el número de veces que el niño recibe el seno al día, la madre va retirando una toma cada cierto tiempo. *“...le quité poco a poco, contaba las veces que le daba el seno y le quitaba poco a poco y empecé a darle tetitas de coladas.”²⁰*

5. Destete por el mismo niño: el niño es quien decide por sí sólo dejar el seno, sin influencia de la madre.

“...algunos botan ellos mismo el seno, una niña mía a los 10 meses dejó el seno...”²¹

CUADRO N°3.1

TECNICAS DE DESTETE #2



FUENTE: Directa.

ELABORACIÓN: Andrea Llivicura R.

Cualquiera que sea la manera de destetar al niño, las madres introducen biberones o comida en los horarios a fin de que el niño se sacie y “se olvide del seno”

Alimentación complementaria

El inicio de la alimentación complementaria se debe a que las necesidades nutricionales de los niños aumentan y las



madres perciben que el seno materno no es suficiente para abastecer al niño. Nuestras madres inician la alimentación complementaria a partir de los 6 meses, coinciden sobre el tipo de alimentos a darse al lactante: papillas, sopas, jugos y frutas son los principales; prefieren los productos naturales en su preparación.

Las mujeres alimentan a sus hijos de tres a cinco veces al día, alternando el seno materno con coladas preparadas a base de leche de vaca al medio con tapioca (fécula de yuca rica en almidón) o banasoya (harina de plátano y de soya).

El uso de edulcorantes naturales (azúcar, panela, miel de abeja) en las papillas de frutas y en las coladas es discutido, puesto que la mayoría de las mujeres reconocen por experiencias anteriores o por consejo que su uso puede ser perjudicial para la salud dental de los menores.

En los grupos focales además se expuso que las madres “daban de probar” los alimentos que ellas consumían, ya que perciben que el lactante al estar incluido en las dietas de la familia siente el deseo de degustar; esta práctica se inicia a



los 4 meses, sin un horario, únicamente cuando al niño “le da ganas de probar la comida”.

“Uno está comiendo y ellos sentados a lado, le ven a uno como si desearan comer, les da ganas, y yo les he hecho probar la comida, al menos yo así he hecho...”²²

Leche de Fórmula y alimentos prefabricados

Todas las madres concluyen que ningún alimento es mejor que la leche materna, algunas de ellas han incluido en la dieta de sus hijos la leche de fórmula al iniciar la alimentación complementaria y otras por presentar dificultades al dar de lactar.

Aunque refieren que son buenas por aportar vitaminas y minerales la mayoría de las madres prefirieron no dar leche



de fórmula pues perciben que ésta exclusivamente se debe dar en situaciones especiales en las que no se pueda proveer de leche materna; se piensa que puesto que ésta no aporta con elementos necesarios para el desarrollo de las defensas y la prevención de las enfermedades.

“Pienso que si es que el niño necesita, se le debería dar, pero no tomar la leche de fórmula como primera opción de alimentación en los niños, porque la leche de fórmula no contiene por más que tenga cantidad de cosas no contiene todo lo que tiene la leche materna.”²³

Algunas expusieron ciertas experiencias que presentaron sus hijos o familiares al ser alimentados con fórmulas lácteas, como el estreñimiento, aumento de peso del lactante y trastornos gastrointestinales, lo que les llevó a suspenderlas.

“...Pero a veces tienden a hinchar a los bebés y no es el alimento propiamente, sino esas leches hacen que los niños se inflen...”²⁴



Además se señala que el costo de las leches de fórmula es muy elevado y no están al alcance de todas, aparte de la incomodidad y el tiempo requerido para la preparación.

DISCUSIÓN

Lactancia Materna Exclusiva

Las madres manifiestan que la lactancia materna exclusiva debe durar hasta los 6 meses, ya que a esta edad coincide con un aumento de las necesidades alimenticias y además es el médico quien recomienda la exclusividad de la lactancia hasta este período, lo que vemos corroborado en guías internacionales que recomiendan la lactancia exclusiva durante los seis primeros meses basadas en la evidencia científica de los beneficios para la supervivencia, crecimiento y desarrollo ya que la leche humana provee de toda la energía y nutrientes que un bebé necesita en los 6 primeros meses.



Beneficios de la lactancia en el niño

Se ha demostrado con creces la importancia de la lactancia materna sobre la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños, estos beneficios se extienden hasta la adultez, y no se limitan a lo biológico sino también al ámbito psico-social.

Nuestras madres destacan principalmente los beneficios biológicos, los mismos que han sido promocionados por el personal médico y en base a experiencias de sus hijos anteriores. Se resta importancia a la gran ventaja que aporta la lactancia sobre el vínculo madre-hijo, ya que ofrece la oportunidad de un contacto directo y frecuente entre ambos, siendo un medio de comunicación por lo que la proximidad que le brinda la lactancia materna favorece sensaciones de comodidad y seguridad del recién nacido aparte de que los hace socialmente más independientes.



Duración de la lactancia materna total

La OMS recomienda que la duración de la lactancia sea hasta los dos años, mientras que la Asociación Americana de Pediatría dice hasta los 12 meses, en nuestro estudio se puede observar que las madres dentro de sus creencias piensan también que la lactancia debería durar por lo menos 12 meses, es necesario recalcar que no existe una información homogénea proveniente del personal de salud, unos piensan que debería ser 12 meses y según referencias ninguno sigue la recomendación de la OMS.

Beneficios para la madre

Las madres desconocen los beneficios que la lactancia materna les proporciona, por el contrario creen que es perjudicial para ellas, desconocen que al amamantar aumentan los niveles de oxitocina que hace que el útero se contraiga y de esta manera ayuda a reducir la hemorragia posparto, manifiestan que al dar de lactar bajan demasiado de peso, las madres lactantes queman más calorías, por lo que tienden a recuperar el peso que tenían antes del



embarazo con mayor rapidez, incluso cuando la mujer lactante consume las 500 calorías extras al día recomendadas para mantener su suministro de leche y cubrir sus propias necesidades nutricionales.

Cuanto más amamanta la mujer, más se protege del cáncer de mama y cáncer de ovario, comparados con quienes no amamantaron.

Mujeres que amamantaron tienen menos riesgo de sufrir fractura de cadera en mujeres con más de 65 años todo esto al contrario de lo que creen las madres de nuestra investigación..

Desventajas de la lactancia Materna para el niño

No existe evidencia de que las desventajas de la lactancia materna sean mayores a sus beneficios, de acuerdo a AAP la leche materna tiene bajo contenido en Vitaminas D y K ,



además de estar contraindicada en enfermedades infecciosas como VIH, TB, siendo esta última reconocida por las mujeres.

En nuestra investigación las madres indican que la leche materna en sí no es dañina para sus hijos, pero manifiestan que sí existen factores externos como el estado de ánimo o el tipo de alimentación que pueden cambiar la calidad de la leche, lo que concuerda con estudios en los que se describe que las crucíferas, la cebolla el ajo y otras verduras, pueden modificar el olor y el sabor de la leche, como también ser las responsables de cólicos en los niños amamantados, no se encuentran estudios acerca de la relación entre la calidad de la leche y el estado de ánimo pero se menciona frecuentemente en los ambientes familiares investigados.

Tiempo del destete

Hemos encontrando que el tiempo de destete se ve influenciado por las creencias que tienen las madres de que la leche materna disminuye la cantidad de nutrientes y por ende su calidad a partir del año, además de que se piensa



que la lactancia materna prolongada los hace dependientes, al contrario de todo esto los estudios han demostrado que antropológicamente los niños humanos están diseñados para recibir todos los beneficios de la lactancia durante un período mínimo de 2 años y medio y un aparente límite máximo de unos 7 años.

La leche materna cambia su composición según las necesidades del lactante además de que el amamantamiento prolongado está relacionado con aumentos en la habilidad cognitiva y en los resultados académicos, los desórdenes de conducta declinan con la duración incrementada de la lactancia.

Alimentación complementaria

La razón principal para el inicio de la alimentación complementaria es de tipo nutricional, puesto que, tanto la lactancia materna como la de fórmula, son suficientes para permitir el crecimiento del lactante durante los primeros 6 meses de vida por lo que haría falta un gran volumen de leche para cubrir las necesidades que precisa el ritmo de crecimiento y actividad del niño, y es de hecho la madre la



que interpreta las nuevas necesidades de su hijo, el inicio de la AC es, incluso en la actualidad, muy controvertido; ya que, no existen bases científicas suficientemente sólidas para ser dogmáticos y establecer normas rígidas en cuanto al por qué, qué, cómo y cuándo deben introducirse los distintos - nutrientes.

La forma de introducción, se inicia siempre es en pequeñas cantidades de fruta cocida sin edulcorantes debido a que los estudios han demostrado que los niños presentan tempranamente caries dentales, paulatinamente se agrega papa cocinada, arroz y sopas.

La frecuencia de la alimentación depende de las necesidades del niño, nuestras madres lo hacen al principio una o dos veces al día y en pequeñas cantidades, luego en horarios integrados al de la dieta familiar y entre comidas, es decir la frecuencia es de cinco veces al día.

Leche de Fórmula

Existen opiniones encontradas en cuanto al uso o no de los sustitutos de la leche materna, lo que demuestra la falta de



conocimiento de la composición y las diferencias grandes de dichas sustancias en relación a la leche materna. Cabe destacar que la mayoría de las madres prescinde de su uso.

Un meta-análisis sobre el desarrollo cognitivo entre bebés amamantados y los alimentados con fórmula, señala que la lactancia se asocia con puntaje significativamente más altos para el desarrollo cognitivo y que los beneficios de lactancia para el desarrollo incrementan con la duración de la lactancia. Se vieron niveles significativamente mayores de la función cognitiva en amamantados que en alimentados con fórmula siendo permanentes en las edades sucesivas con una relación dosis-respuesta entre la duración de la lactancia y el CI posterior, además de que los lactantes alimentados artificialmente tienen cinco veces más riesgo de desarrollar enfermedad gastrointestinal.



CONCLUSIONES

1. No existe consenso entre las madres de nuestro estudio en cuanto a la duración total de la lactancia materna pero



si se coincide que debe durar por lo menos 12 meses y la lactancia materna exclusiva debe mantenerse hasta los 6 meses porque de ahí en adelante hay aumento de las necesidades alimenticias de los niños.

2. Para las madres los beneficios de la leche materna hacia sus hijos son fundamentalmente biológicos, restando importancia al fortalecimiento del vínculo afectivo madre-hijo.
3. Las madres desconocen los beneficios que les provee la lactancia materna.
4. Manifiestan que de ninguna manera la leche materna es dañina para sus hijos a excepción de factores externos que modifican su calidad como son el estado de ánimo y la comida condimentada.
5. El tiempo del destete coincide con la disminución de la calidad de la leche materna de acuerdo a lo que creen las madres.
6. La época de la introducción de la alimentación complementaria es dada por la percepción de la madre, la cual considera que las necesidades nutricionales de su hijo van aumentando.



7. Las madres no acostumbran utilizar leches de fórmula ya que algunas han experimentado que pueden producir alteraciones gastrointestinales y metabólicas en los niños y otras no consideran que sus beneficios sean mayores a los de la leche materna.

Contribuciones para el proyecto “Alimentación, Nutrición y Salud”

La aplicación de grupos focales en el tema de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria, utilizando diferentes vías para la triangulación, y el conocimiento de información proveniente de zonas distintas a las habituales del proyecto además de aportar información relevante para el diseño de intervención para el subproyecto de infantes menores de 2 años

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) Brito, M. Estudio sobre la influencia de la lactancia materna y su duración en la salud del niño. Hospital Ginecoobstétrico Provincial "Mariana Grajales". Villa Clara, Cuba. 2 de marzo



de 1995. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol11_1_95/enf02195.htm

(2) UNICEF. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Extraído y adaptado de Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL,. Editoras C Shellhorn, V Valdés. Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995.
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>

(3) Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 55ª Asamblea mundial de la salud. Mayo 18. 2002.
Disponible en:
<http://www.unicef.org/colombia/pdf/lactancia.pdf>

(4) Noguera, M y otros. Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia. Departamento de Pediatría, Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca. 2002. Págs.: 54-60.



(5) Berra S. y otros. Alimentación del recién nacido en el periodo de posparto inmediato. Fundación CLACYD. Rev Saúde Pública 2002;36(6):661-9. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13519.pdf>

(6) Berra S. y otros. Alimentación del recién nacido en el periodo de posparto inmediato. Fundación CLACYD. Rev Saúde Pública 2002;36(6):661-9. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n6/13519.pdf>

(7) Organización Mundial de la Salud (OMS). Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. 54^a Asamblea mundial de la salud. Mayo 2001

(8) Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 55^a Asamblea mundial de la salud. Mayo 18 2002



(9) Anderson JW et al (1999) Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin. Nutr.* 70: 525-35.

Disponible en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=962&Itemid=99999999

(10) Howie PW y col. (1990). Efactor protector de la lactancia materna contra la infección. *BMJ* 300:11-6. Disponible en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=962&Itemid=99999999

(11) Betran AP, de Onis M, Lauer JA, Villar J. Estudio ecológico del efecto de la lactancia materna en la mortalidad infantil en Latinoamérica. *BMJ*, 2001, Aug 11, 323(7308):303-6.

Disponible en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=962&Itemid=99999999

(12) Riaño Galán Isolina. Lactancia materna prolongada:

¿tiene inconvenientes?. 2008. Cangas del Nancea

(Asturias). Disponible en:



http://www.elpartoesnuestro.es/index.php?option=com_content&task=view&id=378&Itemid=91

(13) Polatti F et al (1999). Cambios en el mineral óseo antes y después de la lactancia. *Obstet*

Gynecol 94: 52-6.

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=962&Itemid=99999999

(14) Rosenblatt KA et al. (1993). Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer - The WHO. Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Epidemiol* 22: 499-503.

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=962&Itemid=99999999

(15) Moritz M. y otros. . Hipernatremia asociada a la lactancia materna: ¿Estamos pasando por alto el diagnóstico? *Pediatrics* (Ed esp).2005;60 (3):165-70. Disponible en: URL:www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2647.



-
- (16) American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2005; 115 (2):496-506.
- (17) Boletín semanal del Centro de Recursos de la red IBFAN de América Latina y el Caribe. Año 4 - N° 180 22 de noviembre de 2006. PEDIATRICS Vol. 117 No. 3 Marzo 2006, pp. E380-e386 (doi:10.1542/peds.2005-1496).
- (18) Isolina Riaño Galán. Lactancia materna prolongada: ¿tiene inconvenientes?.Pediatra. Hospital Carmen y Severo Ochoa. Cangas del Narcea (Asturias). Disponible en: http://docs.google.com/gview?a=v&q=cache:VBUSAGgQwGkJ:www.albalactanciamaterna.org/index.php%3Fs%3Dfile_download%26id%3D10+Esta+recomendaci%C3%B3n+es+aplicable+a+todas+las+poblaciones%2Blactancia+materna&hl=es&gl=ec
- (19) Organización Mundial de la Salud. Lactancia y Alimentación Complementaria, disponible en: Pub Med
- 90
- María Eugenia Jerez Guallpa – Rosa Andrea Llivicura Rodríguez.**



http://www.gfmer.ch/Guidelines/Lactancia_es/Lactancia_alimentacion_complementaria.htm

(20) Proyecto Integral de Salud del Ecuador. Informe del diagnóstico CAP sobre: Lactancia Materna, Alimentación Infantil, Higiene, Salud Sexual y Reproductiva y Violencia Intrafamiliar. Ecuador. Esmeraldas. Noviembre 2005. Disponible en: <http://www.proyectointegraldesalud.org.ec/cap.htm>

(21) Ilabaca, J. Atalah, S. Comparación de la prevalencia y porcentaje de acuerdo entre dos métodos de análisis de la lactancia materna. Rev. Chil. Pediatr. [online]. Nov. 2002, vol.73, no.6 p.583-589. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S037041062002000600004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0370-4106

(22) Dewey K. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003.



(23) Kathryn Dewey. Chessa Lutter. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. 2002, pág. 8.

Disponible en:
http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/Guiding_Principles_CF.htm.

(24) Garcia C y otros. Prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer año de vida. Rev. Latinoamericana Enfermagem. Vol.15. No.2 Ribeirão. Preto Mar./Apr. 2007.Brazil. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?Pid=S010411692007000200014&script=sci_arttext&tIng=es

(25) Flores S, y otros. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases técnicas. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. V.63 n.2 México mar./abr. 2006

(26) Ramirez, M. Noya, J. Guzman, C. Inicio de Fórmulas Lácteas en el primer Semestre de Vida. July 2001, vol.24, no.2, p.151-156. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S



0798-04692001000200010&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0798-0469.

(27) World Health Organization. Complementary feeding. Report of the global consultation and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfeed child. Geneva: World Health Organization; 2002.

(28) Creencias y prácticas relacionadas con la alimentación del niño. ALAN-VE ISSN 0004-0622 - Depósito Legal: pp 199602DF83. Sociedad Latinoamericana de Nutrición. Producción editorial en Venezuela: Capítulo Venezolano - RIF: J-30843129-0. Urbanización Santa María, primera transversal, No. 417-214, Planta Alta. E-mail info@alanrevista.org

(29) Delgado, J. Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Enero/Marzo. 2002, vol.50, no.1, p.24-30. ISSN 0034-7434.



(30) Newman, J. Mitos sobre la lactancia materna. Criar y Amar.com2008. Disponible en: <http://www.criaryamar.com/lactancia-materna/13-lactancia/59-mitos-sobre-la-lactancia-materna.html>

(31) Barros, M. y otros. Factores asociados a la situación de lactancia materna exclusiva en niños menores de 4 meses en Botucatu-SP. Rev Latino-am Enfermagem 2007 janeiro-fevereiro; 15(1). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a10.pdf

(32) Alvarado, B. y otros. (Sociedad Latinoamericana de Nutrición) “Creencias y prácticas relacionadas con la alimentación del niño”. Producción editorial en Venezuela. Disponible en: http://www.alanrevista.org/ediciones/2005-1/creencias_maternas_alimentacion_estado_nutricional.asp

(33) Saenz, A. Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. Rev. Salud pública [online]. 2007, vol. 9, no. 4, pp. 587-594. Disponible en:



<http://www.scielosp.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S012400642007000400011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0124-0064

(34) Calderón, I. y otros. ¿Conocen nuestras madres acompañantes lo suficiente sobre lactancia materna? MEDISAN 2006;10(2). Disponible en <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_2_06/san06206.htm>

(35) Pearson, C. “Beneficios de la lactancia prolongada”. Mayo 21, 2007. Disponible en: <http://www.paraelbebe.net/bebes/2007/05/beneficios-de-la-lactancia-prolongada/>

(36) Kramer MS, Kakuma R. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.



(Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

(37) Marasco L. Mitos sobre cómo amamantar. 2008. Disponible en: <http://www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp?art=3>
96

(38) Jimenez R. Lactancia materna: ablactación y destete. Pág. 16-19. Disponible en: www.Downloads\Prácticas+de+destete+en+Nepal.htm

(39) Pallás, C. Promoción de la lactancia materna. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/Lactancia.htm>

(40) Cisterna Francisco. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. Revista *theoria*. Vol. (1):61-71,2005. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/theoria/v/v14/a6.pdf>



CITAS TEXTUALES

¹ **Guamán María. Grupo Focal N° 2, Guardería del INFA – Azogues (9-06-09)**

² **Guamán María. Grupo Focal N° 2, Guardería del INFA – Azogues (09-06-09)**

³ **Matute Verónica. Grupo Focal N° 5 , Guardería del INFA - Azogues (19-07-09)**

⁴ **Bermejo Julia. Grupo Focal N° 3 , Guardería del INFA - Azogues (15-07-09)**

⁵ **Herrera Mayra. Grupo Focal N° 4, Guardería del INFA - Azogues (17-07-09)**



-
- ⁶ **Martínez Mirtha. Grupo Focal N° 2, Guardería del INFA – Azogues (09-06-09)**
- ⁷ **Martínez Mirtha. Grupo Focal N° 2, Guardería del INFA – Azogues (09-06-09)**
- ⁸ **Landázuri Mónica. Grupo Focal N° 6, Guardería del INFA – Azogues (01-07-09)**
- ⁹ **Landázuri Mónica. Grupo Focal N° 6, Guardería del INFA – Azogues (01-07-09)**
- ¹⁰ **Avila Lourdes. Grupo Focal N° 2, Guardería del INFA – Azogues (09-06-09)**
- ¹¹ **Bueno Angélica. Grupo Focal N° 2, Guardería del INFA – Azogues (09-06-09)**
- ¹² **Mendieta Lilian Grupo Focal N° 7, Guardería del INFA – Azogues (31-07-09)**
- ¹³ **Calle Mónica. Grupo Focal N° 5, Guardería del INFA – Azogues (19-07-09)**
- ¹⁴ **Landázuri Mónica Grupo Focal N° 6, Guardería del INFA – Azogues (01-07-09)**
- ¹⁵ **Marín Cristina. Grupo Focal N° 6, Guardería del INFA – Azogues (01-07-09)**
- ¹⁶ **Marín Cristina Grupo Focal N° 6, Guardería del INFA – Azogues (01-07-09)**



-
- ¹⁷ **Guamán María. Grupo Focal N° 2, Guardería del INFA – Azogues (09-06-09)**
- ¹⁸ **Calle Mónica. Grupo Focal N° 5, Guardería del INFA – Azogues (19-07-09)**
- ¹⁹ **Ruiz Ana. Grupo Focal N° 7, Guardería del INFA – Azogues (31-07-09)**
- ²⁰ **Landázuri Mónica Grupo Focal N° 6, Guardería del INFA – Azogues (01-07-09)**
- ²¹ **Maza Julia. Grupo Focal N° 7, Guardería del INFA – Azogues (31-07-09)**
- ²² **Mirtha Martínez. Grupo Focal N° 2, Guardería del INFA – Azogues (09-06-09)**
- ²³ **Mónica Landázuri Grupo Focal N° 6, Guardería del INFA – Azogues (01-07-09)**
- ²⁴ **Verónica Matute Grupo Focal N° 5, Guardería del INFA – Azogues (19-07-09)**

ANEXO 1



-
1. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la Lactancia Materna para la madre?
 2. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la Lactancia Materna el niño?
 3. ¿Cuándo debe comenzar la Lactancia Materna?
 4. ¿Cuánto tiempo debe durar la Lactancia Materna exclusiva?
 5. ¿Cuánto debe durar en total la Lactancia Materna?
 6. ¿Cuáles son las razones para suspender la Lactancia Materna?
 7. ¿Cómo debería suspenderse la Lactancia Materna?
 8. ¿Cuándo se debe iniciar la alimentación complementaria?



-
9. ¿Qué alimentos se usan en los primeros meses de la alimentación complementaria?
 10. ¿Cómo se preparan las papillas?
 11. ¿Sirve la leche de fórmula y los alimentos procesados?

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotras, María Eugenia Jerez Guallpa y Rosa Andrea Llivicura Rodríguez, estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, nos encontramos realizando una investigación previa a la graduación como médicos generales. La investigación se titula, CREENCIAS, PERCEPCIONES, ACTITUDES Y EXPERIENCIAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES, AZOGUES 2008, para la misma nosotros necesitamos obtener información que



se registrará en grabadoras y notas tomadas por parte de los investigadores; esta información la podremos adquirir si nos ayuda participando en el taller sobre Lactancia Materna y Alimentación Complementaria; el cual durará aproximadamente una hora.

El beneficio que se obtendrá como resultado de este trabajo será conocer la percepción que tiene a cerca de la lactancia materna y alimentación complementaria.

La información obtenida será mantenida en secreto y utilizada solo por las personas de la escuela de medicina de la Universidad de Cuenca que participan en el desarrollo de esta investigación. En caso de alguna duda que tenga usted, esta en todo el derecho de hacer las preguntas necesarias y si por alguna razón no desea colaborar con nosotros no será obligada y su niño seguirá recibiendo atención en esta institución sin ningún tipo de problema.

Yo,.....

acepto participar en el desarrollo del grupo focal dirigido por María Eugenia Jerez Guallpa y Rosa Andrea Llivicura Rodríguez.

He sido informado/a de la finalidad del estudio, de los riesgos y beneficios.



Firma.....

.....

Fecha.....

.....

ANEXO 3

RECURSOS

Humanos:

- Autoras: Maria Eugenia Jerez Guallpa y Rosa Andrea Llivicura Rodríguez.
- Directores: Dr. José Ortiz Segarra.
- Dr. Jaime Rosendo Rojas Reyes.
- Asesor: Dr. José Ortiz Segarra.

Materiales y Costos:

Materiales	Cantidad	Detalle	Total
------------	----------	---------	-------



Transporte	9 viajes (2 personas)	7.00 dólares c/u	70.00 dólares
Comida y refrigerios	14	6 dólares	70 dólares
Grabadora de micrófono plano	1	120 dólares	120 dólares
Traslado del material a texto			
Materiales de escritorio	-	-	10 dólares
Procesamiento en Atlas-ti			