



El comienzo de la lactancia materna: experiencias de madres primerizas post-cesárea en un hospital de Chiclayo – 2017

Solís Salazar Ana Karina¹, Quiroz Hidalgo Roxana Medalith², Campos Bravo Yrma Lily³

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESUMEN

Historia del artículo:

Recibido el 20 de diciembre de 2018

Aceptado el 10 de marzo de 2019

Palabras clave:

Experiencia

Cesárea

Lactancia materna

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, (2) El fomento de la lactancia materna tras la cesárea, (3) Factores que impiden la continuidad de la lactancia materna. 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.

The beginning of breastfeeding: first time mothers experiences post cesarean in a Chiclayo hospital – 2017

ABSTRACT

Keywords:

Experience

Cesarean

Breastfeeding.

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

¹ Licenciado en Enfermería del Hospital Luis Heissen Inchaustegui, Chiclayo, Perú Email: anakss2013@hotmail.com

² Licenciado en Enfermería del Hospital de Sullana, Piura, Perú. Email: roxana_virgo_23@hotmail.com

³ Licenciado en Enfermería. Docente en la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú. Email: ycampos@usat.edu.pe ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6432-7019>

of breastfeeding, (2) The promotion of breastfeeding after caesarean section, (3) Factors that prevent continuity of breastfeeding. 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.

Introducción

Hoy en día, lamentablemente asistimos a una epidemia de cesáreas, en su mayoría “innecesarias,” como ha denunciado la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalando que en ningún país debería superar el 10-15% de nacimientos por cesárea; 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 2014¹.

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.

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 Hobbs, 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 en comparación con aquellas que dieron a luz por vía vaginal⁵.

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 vagina”, 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 o este nazca 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 referían “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 expresaban “tengo poca leche, mi bebé no se satisface y necesita tomar más para que pueda dormir bien”.

Ante esta problemática surgió la siguiente pregunta 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; además, 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, se salvarían unas 800 000 vidas infantiles, según la OMS⁶.

Metodología

La presente investigación fue de tipo cualitativa, con abordaje estudio de caso, con sus tres fases: exploratoria, delimitación del estudio y análisis⁷. Para la ejecución de la investigación fue necesario la revisión del proyecto por el Comité Metodológico de la Escuela de Enfermería-USAT, luego la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y posteriormente el permiso de la Institución de Es Salud, para identificar a los sujetos de estudio, que fueron 17 madres primerizas post-cesárea. La muestra fue no probabilística, obtenida por la técnica de saturación y redundancia. Los sujetos se eligieron teniendo en cuenta los siguientes 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 prueba piloto y a las madres cesareadas por emergencia. 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 triangulación⁸.

Para ello se entrevistó a cinco las enfermeras que laboran en el servicio de ginecología y alojamiento conjunto. Para recolectar los datos se aplicó la entrevista semiestructurada previo consentimiento informado, dicha entrevista fue grabada en un grabador de voz y 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 la madre 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.

Así mismo se utilizó un diario de campo, para anotar las expresiones no verbales observadas en las madres. En todo

momento se manejó la confidencialidad de los datos, protegiendo la identidad de los sujetos con códigos: Para las madres, M001 hasta M17 y para las enfermeras, E001 hasta E005.

El análisis e interpretación de los datos se efectuó mediante el análisis de contenido, a través de las tres etapas⁹: Pre análisis, codificación y categorización, tuvo como finalidad ordenar un gran volumen de información de modo que fue posible organizarla, sintetizarla, dar estructura y significado a los datos de la investigación. Durante todo el desarrollo de la investigación se aplicaron los principios de ética¹⁰: principio de libertad y responsabilidad, principio de sociabilidad y subsidiaridad. Por otro lado se aplicó los criterios de rigor científico¹¹, como la credibilidad, la transferibilidad o aplicabilidad y la auditabilidad o Confirmabilidad.

Resultados, análisis y discusión

El tratamiento 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:

Categoría I: Experiencias en el comienzo de la lactancia materna

Desde la perspectiva filosófica de Wojtyla¹²: 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.

“... es una experiencia novedosa para mí, tenía muchas dudas, mucho miedo, temor, de cómo era todo esto de la lactancia materna...” (M001).

“...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.” (M002).

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.

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 12).

Por consiguiente, las experiencias de las madres también se traducen en la expresión de sentimientos y emociones ya sean placenteras o no placenteros. Para Yankovic¹³ 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, etc. 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 bebido.” (M004).

“... cogí con mucha alegría a mi bebé. Y entonces pude darle de lactar, a pesar de ser muy doloroso.” (M007).

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.

Categoría II: Fomento de la lactancia materna tras la cesárea

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 obesidad¹⁴.

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 lactancia¹⁵.

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.

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.

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 causas¹⁵.

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).

Esto se corrobora con los discursos expresados por las madres:

“... el ser cesareada me ha limitado bastante porque tuve dificultad al sentarme, sentía el dolor post- operatorio, no puedes adecuarte a 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, 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 la lactancia materna.

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 lactancia.

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 sentirse, 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...” (obs007).

“... 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).

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 materna.

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, 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 15).

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.

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, donde se podrá 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.

Categoría III: Factores que impiden la continuidad de la lactancia materna.

Son muchos los factores que impiden la continuidad de la lactancia materna exclusiva, que según Valenzuela, Vásquez y Gálvez¹⁶ son: ámbito laboral, nivel educacional, paridad,

tipo de parto, factores culturales y factores asociados al asesoramiento profesional de salud.

Entre los factores que influyen mucho en la continuidad de la lactancia materna en las madres post cesareadas tenemos: las creencias familiares, personal de salud y el trabajo.

La cultura juega un papel importante en el amamantamiento, ya que las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven¹⁷. Así se detallan los siguientes discursos:

“... 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).

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 hijo¹⁸. 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).

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. 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 como incentivo les ofrecen un viaje de capacitación con todo pagado. ...” (E004).

En el discurso se evidencia que existe una influencia negativa con respecto al inicio de la lactancia materna tanto enfermeras como pediatras indican que les den 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 misma¹⁹.

Conclusiones

Las madres hacen referencia en un 41.18% que el inicio de la lactancia materna fue una experiencia maravillosa descrita como alegría, entusiasmo, emoción de tener en brazos a su bebé; mientras que el 58.82% de ellas refieren que fue una experiencia no muy buena, describiéndola como terrible ya 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.

Bibliografía

1. Olza F. Lactancia después de la cesárea. Hospital de Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. [Internet]. 2015. [Consultado el 13 de Septiembre del 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. 2015. [Internet]. [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. [Consultado el 04 de Septiembre del 2016]; 47 (3). 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]; 35 (2). Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
7. Ludke M, André M. Pesquisa em Educacao: Abordagens Qualitativas, editora pedagógica e Universitaria, São Paulo. 1986.
8. Martínez M. La triangulación entre métodos cuantitativos y cualitativos en el proceso de investigación. Enero del 2010. [Consultado el 14 de mayo del 2016]; 22 (1). Disponible en: <http://josemanuelmartinezmontilla.files.wordpress.com/2010/03/la-triangulacionentre-metodos-cuantitativos-y-cualitativos-en-el-proceso-de-investigacion.pdf>
9. Lupicinio I, Vitores A. El Análisis De La Información. Madrid: Visor; 2004.
10. Sgrecia E. Manuel de Bioética - Modelo personalista ontológico. 1999.
11. Lincoln y Guba. Criterios de rigor científico. 1985. [Consultado el 06 de Junio del 2014]. Disponible en: http://www.v9ni/RELIEVEv9n_1.htm.2005
12. Wojtyla K. Persona y Acción. España: Biblioteca de autores cristianos; 1982. 342 p
13. Yankovic B. Emociones, sentimientos, afecto. El desarrollo emocional. Septiembre del 2013. [Consultado el 18 de Noviembre del 2017]. Disponible en: http://www.educativo.atalca.cl/medios/educativo/profesores/basica/desarrollo_emocion.pdf
14. 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>
15. 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- MEF. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/lactancia/norma/RM_462-2015-MINSA%20consejeria%201.pdf
16. 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. [Internet] salud Materno Fetal yo obstetra; El 15 de Noviembre del 2016. [Consultado el 19 de Noviembre del 2017]; 19 (6). Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143158/Factores-que-influyen.pdf?sequence=1>
17. Castillo J, Rams A, Castillo A, Rodríguez R, Cádiz A. Lactancia materna e Inmunidad. Impacto social. [Artículo en línea] MEDISAN. [Internet]. 25 de mayo del 2014. [Consultado el 23 de Noviembre del 2017]; 13 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400013
18. 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>
19. Cebrián M, González E, Medina R, García V. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. 2002. [Consultado el 25 de Enero del 2018]; 56 (5). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403302789443>