

**LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE MADRES EN UNA INSTITUCIÓN
UNIVERSITARIA DE LA CIUDAD DE CALI**

**YULI OSORIO CAMPAZ
LUZ ANGÉLICA RAMÍREZ YÉPES
LEYDI VEIRA**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI
2020**

**LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE MADRES EN UN INSTITUCIÓN
UNIVERSITARIA DE LA CIUDAD DE CALI**

**YULI OSORIO CAMPAZ
LUZ ANGÉLICA RAMÍREZ YÉPES
LEYDI VEIRA**

Trabajo de investigación para optar al título profesional de Enfermería

**Tutora
LUZ ADRIANA MENESES URREA
Magister en Administración**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI
2020**

Nota de aceptación:

Aprobado por el Comité de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Universidad Santiago de Cali para otorgar el título de Profesional en Enfermería

Jurado

Jurado

Santiago de Cali, 4 de noviembre de 2020

Hoy que logramos culminar una etapa de nuestras vidas y realizar uno de nuestros sueños, queremos dedicar este triunfo obtenido.

A Dios todo poderoso por brindarnos la sabiduría necesaria para alcanzar esta meta.

A nuestros padres, quienes con su apoyo, ejemplo y sabios consejos han hecho posible la culminación de esta meta.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

La profesora Luz Adriana Meneses Urrea por su dirección, colaboración y apoyo.

Los docentes del Programa de Enfermería, por brindarnos sus conocimientos.

A las madres lactantes que nos brindaron información valiosa para concluir el estudio.

A todos aquellos que de alguna manera contribuyeron al desarrollo de este estudio.

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	14
1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2. JUSTIFICACIÓN	18
3. OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GENERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. MARCO REFERENCIAL	21
4.1 MARCO TEÓRICO	21
4.1.1 Anatomía de la mama	21
4.1.2 Lactancia materna	24
4.1.3 Cuidados de la mama	29
4.2 MARCO CONCEPTUAL	31
4.3 MARCO ÉTICO	33
4.3.1 Marco Ético Internacional	33
4.3.1.1 Declaración de Helsinki	33
4.3.2 Marco Ético Nacional	35

5. METODOLOGÍA	39
5.1 TIPO DE ESTUDIO	39
5.2 TIPO DE DISEÑO	39
5.2.1 Población de estudio	39
5.2.2 Muestra	39
5.2.2.1 Tipo de muestra	39
5.2.2.2 Criterios de selección	39
❖ Criterios de inclusión	39
❖ Criterios de exclusión	40
5.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	42
5.3.1 Instrumento	42
5.3.2 Fases del proceso investigativo	42
5.4 PLAN DE ANÁLISIS	43
5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	43
6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	44
7. PRESUPUESTO	45
8. RESULTADOS	46
8.1 CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICAMENTE LAS MADRES LACTANTES DE UNA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	46
8.2 ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	49
8.3 FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA	50
8.4 FACTORES QUE FAVORECIERON LA LACTANCIA MATERNA	53

9. DISCUSIÓN	54
10. CONCLUSIONES	56
11. RECOMENDACIONES	57
ANEXOS	65

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Distribución de mujeres por rango de edad	46
Figura 2. Nivel de escolaridad	47
Figura 3. Régimen de afiliación	47
Figura 4. Procedencia	48
Figura 5. Estrato socio económico	48
Figura 6. Semestre que cursa	49
Figura 7. Vía del parto	49
Figura 8. Número de controles prenatales durante el embarazo	50
Figura 9. Utilizó chupo antes de los seis meses	50
Figura 10. Vía del parto	51
Figura 11. Recibió contacto piel a piel en la primera hora de vida	51
Figura 12. Tipo de alimentación del recién nacido en el momento de la salida de la hospitalización postparto	52
Figura 13. Motivo de abandono de lactancia materna	52

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Componentes de diferentes tipos de leche	24
Cuadro 2. Matriz de Variable	40
Cuadro 3. Cronograma	44
Cuadro 4. Presupuesto	45

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Consentimiento informado	65
Anexo B. Instrumento (encuesta)	67

RESUMEN

La lactancia materna exclusiva es la alimentación del lactante mediante leche materna durante los primeros seis meses de vida. A pesar de los esfuerzos que se vienen realizando para aumentar la cobertura en Colombia en el 2015 solo se llega al 30% de lactancia exclusiva hasta los 6 meses. La madre universitaria es una población que de acuerdo a los estudios presenta dificultades en asumir el rol de lactar debido a sus compromisos académicos. Por lo tanto, el estudio determina la prevalencia de lactancia materna exclusiva en hijos de estudiantes de enfermería de una Institución universitaria de la ciudad de Cali durante el primer semestre del 2020b.

La investigación es de tipo descriptivo transversal, tiene enfoque cuantitativo, se buscó a través de una encuesta caracterizar la lactancia materna exclusiva en madres de una Institución Universitaria. Se consideró toda la población de estudiantes de enfermería de una Institución Universitaria con hijos menores de 2 años, que definieron una muestra de 11 madres.

Los resultados muestran que cuatro de cada once madres abandonaron la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de edad, dos madres mantuvieron la lactancia materna exclusiva, lo encontrado evidencia la necesidad de fortalecer las líneas de acción a nivel político y gubernamental, en torno a los objetivos de fortalecer las metas en LM.

Palabras clave: lactancia materna, control prenatal, educación sobre lactancia materna, fórmula.

ABSTRACT

Exclusive breastfeeding is the feeding of the infant with breast milk for the first six months of life. Despite the efforts being made to increase coverage in Colombia in 2015, only 30% of exclusive breastfeeding was reached up to 6 months. The university mother is a population that according to studies has difficulties in assuming the role of breastfeeding due to their academic commitments. Therefore, the study determines the prevalence of exclusive breastfeeding in children of nursing students from a university institution in the city of Cali during the first semester of 2020b.

The research is descriptive, cross-sectional, has a quantitative approach, it was sought through a survey to characterize exclusive breastfeeding in mothers from a University Institution. The entire population of nursing students from a University Institution with children under 2 years of age was considered, who defined a sample of 11 mothers.

The results show that four out of every eleven mothers abandoned exclusive breastfeeding before six months of age, two mothers maintained exclusive breastfeeding, the findings evidence the need to strengthen lines of action at the political and governmental level, around the objectives of strengthening the goals in LM.

Keywords: breastfeeding, prenatal care, breastfeeding education, formula.

INTRODUCCIÓN

Una función trascendental de la salud pública es contribuir al desarrollo integral de los niños, a través del posicionamiento de la lactancia materna como práctica exclusiva desde la primera hora de vida hasta los 6 meses, ya que esta fortalece el sistema inmunológico del bebé, contribuye al desarrollo progresivo del aparato digestivo, protege al niño de enfermedades crónicas, fomenta el desarrollo sensorial- cognitivo; además de favorecer el vínculo afectivo [1].

Diversos estudios han establecido los beneficios de la lactancia materna para el bebé, la madre, la familia y la comunidad en general. Entre estos beneficios se encuentra la disminución de la tasa de mortalidad neonatal e infantil temprana; también se encuentra que los adolescentes y adultos que fueron amamantados en su infancia, tienen menor probabilidad de desarrollar alteraciones de peso y diabetes tipo 2, además de obtener mejores resultados en las pruebas de inteligencia [2]. En las mujeres lactantes, se encuentra que amamantar permite una reducción del riesgo de depresión postparto y de desarrollar anemia, además facilita la disminución del peso corporal después del parto y la prevención del cáncer de mama, de ovario y el riesgo de osteoporosis después de la menopausia; y como si fuera poco, la lactancia materna permite establecer un vínculo único entre la madre y el bebé [1].

Se reconoce que la leche materna cubre satisfactoriamente los requerimientos del lactante hasta el cuarto mes en 95%, y disminuye a 80% durante el sexto mes, a 60% el noveno y 32,5% a los 12 meses; motivo por el cual se recomienda el inicio de la alimentación complementaria al sexto mes [1].

Diversos estudios muestran que la tasa de adherencia a la lactancia materna exclusiva en los 6 meses es de 36,1% por debajo de lo esperado (50%). Ragiv Bahl y otros, estima que solo el 65% de los niños estudiados son amamantados hasta los 4 días, y solo el 60% de su población muestral, en el primer mes [3]. Rodríguez Pérez y otros [4], encontraron que un 67,7% de los recién nacidos iniciaron lactancia a la hora de nacimiento, disminuyendo esta cifra de lactancia exclusiva a 50% en 15 días siguientes.

Por lo tanto, se evidencia que existe una tendencia a abandonar la lactancia materna en el tiempo por diversas causas entre las que se encuentran factores como: edad, clase social, el grado de escolaridad, estado civil, condiciones económicas, la desinformación, la intención previa de alimentar con fórmula, la deficiencia en el control prenatal, el retraso en el contacto piel a piel , inicio tardío

de la lactancia, soporte familiar, problemas en mama o pezón y desconocimiento en las técnicas para amamantar [5], [6].

Ante esta problemática, el personal de enfermería cumple un rol importante mediante la promoción de esta práctica a través de la educación a la madre, resaltando en cada encuentro que la leche materna no solo es un conjunto de nutrientes adecuados para el lactante, sino que estos nutrientes interactúan entre sí y tienen diferentes funciones.

Lo anterior justifica la intención de realizar una investigación que permita conocer la tasa de lactancia materna exclusiva en hijos de estudiantes de enfermería de una Institución universitaria de la ciudad de Cali durante el primer semestre del 2020.

1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La iniciación de la lactancia materna (en adelante: LM) en la primera hora de vida, es muy importante, ya que se ha establecido que iniciar precozmente la alimentación al pecho, ayuda a establecer la LM exclusiva y se atañe con una mayor duración de la misma. También hay estudios recientes que demuestran que esta práctica conduce a la colonización intestinal del recién nacido por miles de bacterias beneficiosas procedentes de la madre (microbiota y microbioma), que ayudarán a programar en el niño un ambiente microbiológico intestinal saludable de por vida y le ayudará a luchar contra las enfermedades, a digerir mejor el alimento y a regular su sistema inmunológico. Además, existe evidencia que los componentes de la LM en los primeros días de vida pueden influir en la forma que determinados genes se expresan, con efectos que pueden durar de por vida, por ejemplo, contrarrestando la predisposición genética a la obesidad o a otras enfermedades crónicas. Una situación desfavorable de la lactancia materna, trae como consecuencia la privación de sus grandes beneficios en la primera infancia, lo que plantea nuevos retos que compromete a la sociedad colombiana, para que en todos los entornos en los que se encuentren los niños y las niñas menores de dos años, sus madres, familias y cuidadores, se desarrollen acciones para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna [7].

Los estudios actuales indican que el contacto directo de la piel de la madre con la del niño poco después del nacimiento ayuda a iniciar la lactancia materna temprana y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia exclusivamente materna entre el primer y cuarto mes de vida, así como la duración total de la lactancia materna. Los recién nacidos a quienes se pone en contacto directo con la piel de su madre también parecen interactuar más con ellas y llorar menos [8].

Pese a la importancia de esta práctica, los análisis de los datos disponibles muestran que globalmente, menos de la mitad de los recién nacidos en el mundo son puestos al pecho dentro de la primera hora de vida. El porcentaje varía desde el 40% en África central, Oeste de África y Sur de Asia, hasta el 60% en el Este y Sur de África. En los países de mayores ingresos no se disponen de datos por lo que se desconoce cifras de esta práctica [9]. En cuanto a la lactancia materna exclusiva, se observó que aproximadamente uno de cada tres niños menores de seis meses (36,1%) fue alimentado solo con leche materna, por lo cual se requiere reforzar esta práctica para llegar a la meta internacional del 50% fijada por la OMS.

En Colombia, la duración de la lactancia materna exclusiva tan solo llega a 1,8 meses. La menor duración se presenta en la Región Caribe con 0,6 meses seguida por la Región Central con 1,7 meses. Por encima de estas cifras, se encuentra la Región Orinoquía y Amazonía con 2,9 meses, seguida por la Región Oriental y por

Bogotá con 2,7 y 2,6 meses respectivamente [10]. La duración total de la lactancia materna es de 14,9 meses. Por encima de esta cifra se encuentra la Región Orinoquía y Amazonía con 19 meses, seguida de la Región Oriental y Pacífica con 16 y 15 meses respectivamente; la menor duración se encuentra en la Región Caribe y Central con 13 meses cada una. El 72% de los menores de 2 años de edad recibió lactancia materna en su primera hora de vida, con lo que Colombia superó la meta establecida por la OMS y el UNICEF de mejorar el inicio temprano de la lactancia materna en al menos 70% [9].

De acuerdo a estudio realizado en Costa Rica en madres universitarias evidenciaron que esta se enfrenta a dos roles el de estudiantes y el de ser madres; motivo que ocasiona que se decida por ejercer un rol como es el de ser madre [11]. Por otra parte, Romero y otros, refieren que las presiones académicas influyen en que la madre opte por abandonar la lactancia materna [12].

Lo anterior hace que los investigadores decidan conocer la prevalencia de la lactancia materna en estudiantes universitarias, aunado a que no existen investigación en la Institución de educación superior al respecto. Por lo que los investigadores se plantean la siguiente pregunta ¿Cuál es la prevalencia de lactancia materna exclusiva en estudiantes de enfermería de una Institución universitaria de la ciudad de Cali durante el primer semestre del 2020?

2. JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna exclusiva definida como la alimentación del lactante solo con leche materna sin la inclusión de sólidos ha demostrado que aporta grandes beneficios en la salud de las madres, niño, sociedad, medio ambiente, sistema de salud. Se ha demostrado una reducción del 64% en la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, y además existe un efecto protector residual hasta dos meses después de suspendida la lactancia [13].

La lactancia materna ya no es una costumbre en muchas comunidades, esto ha llevado a que no se considere una obligación, puesto que no depende de las directivas legales y políticas, pero si depende de los valores sociales, las condiciones laborales de las mujeres, y los servicios de atención de la salud para ellas [14].

A pesar de la evidencia de los beneficios de la lactancia materna en la salud de las madres, medio ambiente, economía, sistema de salud; según datos de la UNICEF [9] en el 2016 la lactancia exclusiva en América Latina ha descendido con relación a los años 2003-2005 donde era cerca del 40% y en 2008-2015 se encontraba alrededor del 30%.

En Colombia la práctica de la lactancia materna exclusiva se encuentra en declive, con un porcentaje muy por debajo de lo esperado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) por lo que se han desarrollado políticas y estrategias con el fin de fomentar la lactancia materna. Entre las que se encuentran: La estrategia Institución Amiga de la Mujer y de La Infancia (IAMÍ) y posteriormente el Plan Decenal de Lactancia Materna Exclusiva entre el 2010 y el 2020, y la ley. Las anteriores afirmaciones involucran a sectores comunitarios, clínicos y laborales con el fin de garantizar las condiciones para la lactancia materna exclusiva [15].

El presente trabajo tiene como objetivo realizar la investigación que permita conocer la prevalencia de lactancia materna exclusiva en hijos de estudiantes de enfermería de una institución universitaria de la ciudad de Cali durante el primer semestre del 2020. Se pretende con este proyecto recopilar la información necesaria, acerca de la duración y factores relacionados con el abandono de la lactancia materna exclusiva, con el fin de tener todos los elementos necesarios para implementar las medidas que permitan hacerla más efectivas, logrando beneficios para las madres y los niños, por medio de estrategias viables que optimicen los indicadores de lactancia materna exclusiva durante los 2 primeros años de vida en la población objeto de estudio.

Los estudiantes de enfermería se beneficiarán con la investigación debido a que proveerá conocimientos para que participen activamente en fomentar la lactancia materna durante el desarrollo de su formación y en el ámbito laboral. De igual forma, la universidad se beneficiaría obteniendo evidencia científica para brindar a los futuros profesionales de enfermería un conocimiento más rico y fructífero del mismo; de igual forma, se convertiría en pionera de esta área puesto que en Colombia es un tema muy poco investigado.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en estudiantes de enfermería de una Institución universitaria de la ciudad de Cali durante el primer semestre del 2020.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio demográficamente las madres lactantes de una Institución Universitaria.
- Identificar aspectos relacionados con el abandono de lactancia materna.
- Determinar los factores que favorecieron la lactancia materna.
- Identificar las causas de abandono de la lactancia materna.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO TEÓRICO

4.1.1 Anatomía de la mama

Las partes que conforman la mama, son las siguientes [16]:

Areola: mide aproximadamente entre 15-16 mm de diámetro. Es un área pigmentada circular que rodea el pezón. La pigmentación se debe a los muchos melanocitos distribuidos por la piel y glándulas. Posee diversas glándulas sudoríparas y sebáceas independientes, las cuales se abren en los tubérculos de Montgomery.

Pezón: es una elevación cónica de la piel, localizado en el centro de la areola, a la altura aproximada del cuarto espacio intercostal. Cada uno de los lóbulos que forman el pecho desemboca en el pezón por una abertura independiente. Contiene fibras musculares lisas que actúan como esfínter para los conductos y senos galactóforos. Además, está formado por abundantes terminaciones nerviosas, sensitivas y anastomosis arterio-venosas. La erección del pezón es inducida por estímulos táctiles, sensoriales o autónomos simpáticos.

Glándulas de Montgomery: son los bultitos que se encuentran en la areola. Estas glándulas producen un líquido aceitoso que mantiene los pezones suaves y limpios. Además, tiene un olor que atrae al niño o niña al pezón. Tener pechos grandes o pequeños no tiene nada que ver con la producción de leche.

Alvéolos: miden 0,12 mm de diámetro. Son la porción secretora de la glándula. El alvéolo está recubierto por la membrana basal. En la cara interna de esta membrana están las células secretoras, las cuales dejan numerosos espacios entre ellas para facilitar la absorción de precursores lácteos, tienen apariencia cilíndrica cuando el alveolo está vacío, y se aplana cuando está lleno de leche. En la otra cara de la membrana, se encuentran las células mioepiteliales cuya misión es la de contraerse exprimiendo al alveolo, y facilitar la eyección láctea (son contráctiles con una sensibilidad de 10 a 20 veces mayor a la oxitocina que el músculo del útero). Rodean al alveolo en forma de red y son estimuladas por la prolactina y los esteroides sexuales, recubriendo las células mioepiteliales se encuentra la red capilar que suministra los precursores de la leche. Un tejido conjuntivo laxo y adiposo separa unos alvéolos de otros.

Senos lactíferos: los senos lactíferos quedan debajo de la areola; es allí donde se almacena la leche. Por eso, es importante que el niño o niña abarque parte de la areola para succionar la leche.

Lobulillos: formados por un conjunto de 10 a 100 alvéolos.

Los lóbulos: formados por agrupaciones de 20 a 40 lobulillos. Están dispuestos como radios que convergen en el pezón y son entre 15-25 lóbulos en cada pecho.

Conductos galactóforos: Miden 2 mm de diámetro y están tapizados por dos tipos de células principales; la hilera interior de células epiteliales y la exterior de células mioepiteliales. Existe una membrana basal que separa estas estructuras del estroma. Dichos conductos se dilatan en la base del pezón formando los senos galactóforos.

Senos galactóforos: Miden 5-8 mm de diámetro. Son pequeños engrosamientos de los conductos galactóforos antes de que éstos desemboquen en el pezón. Funcionan como depósitos temporales de leche durante la lactancia, pero en reposo contienen solamente restos epiteliales. Respecto a la fisiología, es importante conocer que el pecho se desarrolla y prepara durante el embarazo para cumplir su función de alimentar al bebé cuando se rompa la conexión placentaria. El pecho está plenamente preparado para la lactancia desde la semana 16, sin ninguna intervención activa de la madre. Se mantiene inactivo por el equilibrio de las hormonas inhibitoras que suprimen la respuesta de las células diana. En las primeras horas y días postparto, el pecho responde a los cambios en el ambiente hormonal y al estímulo de la succión produciendo y secretando leche.

El inicio de la secreción láctea o lacto-génesis, se ha descrito mediante tres estadios [16].

Estadio I: se inicia unas doce semanas antes del parto.

Estadio II: se inicia clínicamente dos o tres días después del parto, cuando la secreción de leche es copiosa.

El Estadio III o galactopoyesis: se considera el mantenimiento de la lactancia ya establecida.

La salida de la leche se produce por medio de dos procesos, los cuales son fundamentales para que el bebé obtenga el volumen necesario de leche, así como la totalidad de nutrientes. Dichos procesos son la expulsión activa de la leche por parte de la madre mediante el reflejo de eyección y la extracción activa del bebé quien, actuando sobre los tejidos del pecho con la mandíbula y la lengua saca la leche de los conductos lácteos. Para ello, una postura correcta y un buen agarre al pecho son vitales.

La velocidad de producción de leche es directamente proporcional a la cantidad de leche extraída en la toma anterior. De este modo, la producción de leche se adapta perfectamente a las necesidades del lactante, de una toma a otra e independientemente para cada pecho. Una vez la lactancia ha sido establecida, su continuación con éxito no depende tanto de los niveles de prolactina elevados, sino del drenaje eficaz de los alvéolos. Ya que, si no existe un drenaje eficaz de la glándula, los alvéolos quedan tan llenos que las células mioepiteliales son incapaces de contraerse con fuerza suficiente para hacer salir la leche. Esto conlleva una disminución de la producción láctea. Mientras las células mioepiteliales se contraigan adecuadamente y creen una presión positiva en el sistema de canalículos, la leche llegará hasta los conductos galactóforos donde puede ser extraída como resultado de la acción de la boca y de la lengua del bebé.

Tras un estímulo de succión se generan unos impulsos nerviosos que estimulan la hipófisis posterior provocando la salida de oxitocina a la corriente sanguínea materna por un reflejo no condicionado. Dicha secreción afecta a todos los receptores de oxitocina situados en los distintos órganos maternos. Pero, al mismo tiempo, la oxitocina se produce también por un reflejo condicionado al ver y escuchar al niño o como resultado de la preparación para amamantar. El primer paso para una buena succión, es conseguir que la lengua trabaje sobre los senos galactóforos favoreciendo la extracción de la leche. La relación entre estos dos componentes es crucial para una buena toma; por lo tanto, asegurarse de que la mandíbula está muy por debajo del pezón es esencial para asegurar que se agarre bien al pecho. Para que esto se lleve a cabo correctamente el bebé deberá introducir en su boca el pezón y gran parte de la areola.

La leche se podrá sacar mientras exista un gradiente de presión en los conductos mamarios. Éste se crea a través de una presión positiva en el alveolo, debido a la contracción de las células mioepiteliales, así como la presión negativa ejercida sobre el pezón por la boca del niño

4.1.2 Lactancia materna

La lactancia materna es un proceso fisiológico que posibilita la alimentación del nuevo individuo, cubriendo todas sus necesidades nutricionales durante los primeros meses de vida tras el nacimiento [16].

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura. Por todo ello, la lactancia materna es considerada el método de referencia para la alimentación y crianza del lactante [17].

Cuadro 1. Componentes de diferentes tipos de leche

Contenido	Leche humana	Leche animal	Leche maternizada
F. bacterianos	Ninguno	Probables	Probables al mezclarla
F. anti infecciosos	Presentes	No están presentes	No están presentes
F. crecimiento	Presentes	No están presente	No están presentes
Proteínas	Calidad correcta fácil de digerir	Demasiado difícil de digerir	Parcialmente corregidas
Grasas	Suficientes ácidos grasos esenciales lipasa para la digestión	Falta ácidos grasos esenciales, no tienen lipasa	Falta de ácidos grasos esenciales, no tiene lipasa
Hierro	Pequeña cantidad bien absorbida	Pequeña cantidad, no se absorbe bien	Cantidad extra añadida, n se absorbe bien
Agua	Suficiente	Se necesita agua extra	Puede necesitar agua extra
vitaminas	Suficientes	Insuficiente A y C	Se le añade vitaminas

Fuente: elaboración propia con base en [18]

La leche humana no es solo un conjunto de nutrientes apropiados para el lactante, sino un fluido vivo que tiene más de 200 componentes conocidos que interactúan y tienen más de una función individual. Generalmente incluyen la función nutricional, de protección contra las infecciones -especialmente por la inmunoglobulina IgA secretora- y de estímulo del desarrollo cognoscitivo. La proteína del suero contiene principalmente alfa lacto albúmina (a diferencia de la leche de vaca, que contiene beta-globulina) y muy pequeña cantidad de albúmina sérica; pero, una buena parte

de las proteínas del suero son proteínas anti infecciosas, como lacto-ferrina, inmunoglobulina A secretora y liso zim. La alfa lacto albúmina tiene un papel importante en la síntesis de la lactosa y es fuente de aminoácidos esenciales, especialmente de triptófano, lisina y cistina [18].

El cerebro humano se desarrolla casi completamente en los primeros 2 años de vida. La leche materna favorece su desarrollo y le da al niño o niña el alimento que necesita para estar bien nutrido. La leche materna contiene los aminoácidos que necesita el normal desarrollo del cerebro. También los protege contra las infecciones y enfermedades. No hay ningún alimento más completo que la leche de la madre para que un niño o niña crezca protegida, inteligente, despierta y llena de vida. Por eso, la leche materna es importante durante los primeros años [17].

El calostro es la primera leche que produce la madre inmediatamente después del parto; puede ser transparente o amarillo pegajoso. El calostro es una leche muy valiosa porque tiene todos los elementos necesarios para nutrir al niño o niña desde su nacimiento. Los niños que toman calostro son bebés más sanos; el calostro tiene las dosis de vitamina A y otros micronutrientes que son necesarios desde el nacimiento y protege al niño o niña contra infecciones y otras enfermedades a las cuales la madre ha sido expuesta. La leche de la madre es buena para la digestión del niño o niña y los protege contra las diarreas y otras enfermedades. La leche de la madre tiene todo el líquido que el niño o niña necesitan para calmar la sed, aún en climas calientes [17].

Al darle aguas, tés, o jugos en los primeros seis meses se aumenta el riesgo de diarreas y otras infecciones además de disminuir la leche de la madre. Por eso no necesita “agüitas” ni tés, no necesita coladas, ni jugos, ni otro alimento, también por eso, el chupón no es necesario. La leche materna es el mejor alimento para el niño o niña porque tiene las cantidades necesarias de: vitaminas como la A, B, C, para que crezca saludable y esté bien protegido; fósforo y calcio, para que tenga huesos sanos y fuertes; hierro, para mantener la energía; proteínas, para protegerlo contra las enfermedades y para que crezca grande e inteligente; grasas que los protegerán cuando sean mayores de padecer enfermedades del corazón y de la circulación. Las grasas de la leche materna también favorecen la inteligencia de los niños y niñas, los azúcares, para que tenga energía y para alimentar al cerebro. La leche de la madre es el único alimento que nutre al niño o niña completamente durante los primeros 6 meses de vida y el único alimento que le da protección sostenida y completa durante los primeros 2 años [17].

Protección para el niño o niña: contra las diarreas y la deshidratación, las infecciones respiratorias, tales como la bronquitis y la neumonía, el estreñimiento, los cólicos, las alergias, las enfermedades de la piel, como los granos y el sarpullido

del sarampión, el cólera, desnutrición, la diabetes juvenil, deficiencia de micronutrientes [17].

Ventajas para la madre: disminuye el riesgo de anemia, la matriz recupera rápidamente su tamaño normal, la madre tendrá pechos menos congestionados cuando baje la leche, la leche baja más rápido dentro de los primeros días cuando el niño o niña es amamantado desde que nace [17].

Las mujeres que amamantan a sus hijos o hijas tienen menos riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios, durante los primeros seis meses después del parto. Las madres tienen menos riesgo de otro embarazo si no les ha vuelto la regla y si el niño no recibe con frecuencia otra cosa que la leche de la madre, durante el día y la noche, la lactancia facilita e incrementa el amor de la madre a su hijo o hija. El contacto constante de la madre con su hijo o hija desde el momento que nace facilita la buena lactancia. La leche materna está siempre lista y a la temperatura que al niño o niña le gusta [17].

También es beneficioso para la madre porque:

- No tiene que levantarse de noche.
- No necesita hacer preparaciones especiales, lavar biberones y mamaderas.
- No debe preocuparse por las infecciones que producen los biberones y mamaderas mal lavados (que pueden llevar al niño o niña a una emergencia médica).
- No debe preocuparse por los gastos de leches, biberones, mamaderas y combustible.

Ventajas para el país: Las madres que amamantan contribuyen al país gracia a [19]:

- Disminución de niños enfermos y mortalidad infantil, por ende, menos gastos hospitalarios.
- Utilización el recurso natural renovable más valioso.

- Formación de niños y niñas más sanos, inteligentes y seguros de sí mismos.
- A saber, que tienen un recurso irremplazable para criar las generaciones futuras.
- A que los familiares, la comunidad, los servicios de salud, los patronos y el gobierno se sientan obligados a apoyar y mantener la lactancia materna.

La mayoría de los problemas de lactancia se deben a problemas en la técnica de lactancia, bien por una posición inadecuada, un agarre incorrecto o una combinación de ambos. A continuación, se hará mención de cada tópico que es necesario conocer bien para asegurar una lactancia materna exitosa [17]:

- Buen agarre. Una buena técnica de lactancia evita la aparición de complicaciones como grietas y dolor, vacía correctamente el pecho y permite una producción de leche adecuada para cada bebé. Para un buen agarre es importante que todo el cuerpo del bebé esté enfrentado a la madre, y que al abrir la boca introduzca gran parte de la areola, especialmente por la parte inferior (donde tiene la barbilla) para que al mover activamente la lengua no lesione el pezón. Los signos que indicarán un buen agarre son: que el mentón del bebé toque el pecho, que la boca está bien abierta, el labio inferior esté hacia fuera (evertido) y las mejillas estén redondas o aplanadas (no hundidas) cuando succiona. Además, se tiene que ver más areola por encima de la boca que por debajo. Si el bebé está bien agarrado, la lactancia no duele. El dolor es un signo que, en la mayoría de los casos, indica un agarre o una postura incorrecta.
- Postura para amamantar. No existe una única posición adecuada para amamantar, lo importante es que la madre esté cómoda, que el agarre sea adecuado, y que el bebé esté enfrentado y pegado al cuerpo de la madre.
- Posición de crianza biológica. La denominada posición en crianza biológica está basada en el estudio de reflejos maternos y neonatales. La madre se colocará recostada (entre 15 y 65°) boca arriba y el bebé boca abajo, en estrecho contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta postura permite al bebé liberarse de su peso y desarrollar los reflejos de gateo y búsqueda. Además, le asegura el contacto de su cara con el pecho. La madre le ayuda a llegar al pecho ofreciendo límites con sus brazos. Esta posición pone en marcha una serie de reflejos en ambos que facilitarán un buen agarre, la eficiencia de la toma y una mejor producción de leche. La posición de crianza biológica se puede realizar en cualquier momento, pero es especialmente adecuada durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho).

- Posición sentada. La posición sentada suele ser más cómoda con la elevación de los pies en una banqueta, también un poco recostada, en posición de crianza biológica, en un caso de episiotomía, ya que al dejar esa zona fuera de la silla se alivia mucho las molestias. Se debe colocar al bebé con el tronco enfrentado y pegado a la madre. De esta manera la madre puede sujetarlo con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el brazo. Con la otra mano puede dirigirse el pecho hacia la boca del bebé y en el momento en el que este la abre acercarlo con suavidad al pecho para que pueda agarrar un buen pedazo de areola. Es la posición más utilizada pasados los primeros días, cuando la madre tiene más movilidad y seguridad con el bebé. No es necesario intentar sujetar las nalgas del bebé con la mano del brazo en el que está apoyado, ya que habitualmente esto fuerza a que la cabeza del bebé se sitúe muy cerca del codo, lo que puede provocar que el cuello se flexione o no pueda estirar hacia atrás resultando más difícil agarrarse bien y tragar con comodidad.

- Posición acostada. En esta posición, la madre se sitúa acostada de lado, con la cabeza ligeramente elevada sobre una almohada con el bebé también de lado, acostado sobre la cama, con su cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. La madre puede acercarlo al pecho empujándolo por la espalda, con suavidad, cuando abra la boca, para facilitar el agarre. Es una posición muy cómoda para la toma nocturna y los primeros días, aunque suele ser más incómoda y menos eficaz que la posición de crianza biológica.

- Posición invertida a balón de rugby. En esta posición se sitúa al bebé por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Es una posición muy cómoda para amamantar a gemelos y a prematuros. Es importante dar sujeción al cuello y a los hombros del bebé, pero no a la cabeza, que necesita estar con el cuello estirado para atrás (deflexionado) lo que le permite agarrar mejor el pecho y tragar más cómodamente.

Posición de caballito. Estando la madre sentada, el bebé se sitúa sentado sobre una de las piernas de la madre y con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno. Esta postura puede ayudar en casos de grietas y en bebés con reflujo gastroesofágico importante, prematuros, con labio leporino o fisura palatina, mandíbula pequeña (retromicrognatia) o problemas de hipotonía. En estos casos puede ser necesario sujetar el pecho por debajo a la vez que se sujeta la barbilla del bebé.

Extracción. Con las manos limpias colocar en forma de “C” los dedos pulgar, índice y corazón, dos dedos alrededor de la areola. Presionar los senos lactíferos con las yemas de los dedos y empujar hacia adentro rítmicamente. Siguiendo el borde de la areola, colocar los dedos en otro sitio de la misma y repetir los movimientos:

empujar y presionar, Recoger la leche en un recipiente limpio. Este proceso dura alrededor de unos 20 minutos.

Almacenamiento. La leche se puede conservar sin dañarse en un lugar fresco durante 8 horas. Si se refrigera, se conserva durante 48 horas sin dañarse. La leche materna nunca debe hervirse. Se puede tibia al baño de maría sólo si la leche está muy fría. Debe darse siempre en taza o con cuchara cuidando que estén limpios.

4.1.3 Cuidados de la mama

Los cuidados de la mama se relacionan a continuación [19]:

Pechos congestionados. Si la madre no le da de mamar desde el primer momento después del parto, es común que entre el segundo y el quinto día después del nacimiento la madre sienta los pechos hinchados, duros, calientes y con dolor. Más tarde, durante los meses de lactancia, si el niño o niña no succiona bien o no está mamando con frecuencia, los pechos también se pueden congestionar.

Para aliviar la congestión. La madre debe ponerse paños de agua tibia en los pechos. Si la areola está dura, para ablandarla la madre debe ordeñarse antes de poner el niño o niña al pecho. También puede darse masajes suaves en forma circular con la mano y/o con un peine. La madre necesita descansar y debe amamantar más seguido del pecho congestionado. Debe asegurarse que el niño o niña esté en buena posición (agarrando bien el pezón y parte de la areola).

Dolor o grietas en los pezones. El dolor y las grietas en los pezones pueden suceder: porque el niño o niña chupa solamente la punta del pezón, lo cual produce resequedad y grietas. Las glándulas de Montgomery lubrican y mantienen limpios los pezones, por lo tanto, las madres no necesitan usar otros limpiadores o lubricantes. La madre no necesita lavarse los pezones antes o después de dar de mamar. El baño diario es suficiente y debe lavarse los pezones solamente con agua. Si la madre tiene grietas en los pezones no necesita ponerse cremas ni otras medicinas. Estas no la aliviarán y pueden empeorar el dolor.

Para aliviar el dolor: La madre debe ponerse paños de agua tibia. Hay que asegurarse que el niño o niña esté colocado correctamente tomando todo el pezón y parte de la areola del pecho adolorido. Para ayudar a cicatrizar las grietas. Antes de dar de lactar se recomienda sacar unas gotas de leche, ponerlas sobre las grietas y dejarlas secar al aire libre durante unos 5 minutos, al finalizar la lactancia se

recomienda sacar un poco de leche, para ponerla en la grieta del seno y dejarla secar, la madre debe exponer los pezones por unos minutos al aire libre por lo menos unas dos veces al día.

Dolor y grietas en los pezones por moniliasis. A veces, en cualquier momento después del nacimiento, la madre puede sentir dolor, picazón y presentar grietas o enrojecimiento en la areola y en el pezón. Si el niño o niña se siente incómodo y si tiene puntos blancos en la lengua y en las encías, se trata de moniliasis, sarro o algodoncillo. La madre debe ir al centro de salud y llevar al niño o niña para que ambos reciban tratamiento médico.

Ductos obstruidos. A veces a algunas madres se les obstruyen los conductos lactíferos y es común que aparezca un punto blanco o bultitos duros alrededor de los cuales se siente presión y dolor. Para aliviar el dolor la madre debe asegurarse que el niño o niña está tomando bien el pecho y puede darse un masaje suave presionando el área dura y dolorosa mientras el niño está lactando. Si la obstrucción no desaparece con la lactancia y con los masajes, ésta puede convertirse en una infección del pecho o mastitis. Se recomienda que la madre se extraiga la leche manualmente.

Mastitis. Si la madre se siente enferma, agotada y si tiene: fiebre, el pecho rojo, hinchado o caliente, y tiene dolor puede tener una infección del pecho (mastitis). Para aliviar la mastitis debe ir al centro de salud para que le recetan las medicinas necesarias; poner paños de agua tibia alternando los con paños fríos, varias veces al día; dar de lactar por lo menos cada 2 horas, aún con el pecho afectado; descansar, tomar un analgésico y muchos líquidos.

¿Cuándo la madre debe consultar con el personal de salud? Si siente escalofríos y si la fiebre continúa por más de 2 días a pesar de estar en tratamiento médico, debe consultar. Se debe continuar amamantando al niño o niña.

¿Cómo tratar un absceso? Si después de un día para otro de tomar antibióticos continúa con fiebre y aparece un absceso, el médico o la enfermera tendrán que hacer una incisión (abrir) para extraer el contenido. Se debe continuar la lactancia del pecho sano. Durante los 2 días siguientes debe extraerse la leche del pecho con absceso y botarla. La madre puede volver a amamantar del pecho con absceso 2 días después. Después de 2 días de tomar antibióticos, la madre puede continuar dando pecho con los 2 senos si no tiene dolor o molestias.

Si hay problemas con la salida de la leche. Si el bebé toma bien el pecho, pero la leche no baja, se debe estimular masajeando el seno en la zona donde se encuentran los alvéolos y los conductos lactíferos. Iniciando el masaje en la parte superior del seno con movimientos circulares en una misma área. Después de unos segundos debe pasar a otra área y repetir el masaje. Continuar estos masajes alrededor del pecho hasta llegar al pezón. Frotando suavemente el pecho desde la parte superior hasta el pezón de manera que le produzca cosquilleo. Repetir varias veces hasta que sienta la salida de la leche. Aplicando compresas de agua tibia. Tomando líquidos. Si estas técnicas no funcionan se debe consultar con expertos en lactancia materna o con el personal de salud.

Contraindicaciones de la lactancia materna. En numerosas ocasiones la lactancia materna se interrumpe por motivos no justificados. En la práctica son muy pocas las situaciones que la contraindican. Entre estas se incluyen niños con galactosemia, malabsorción congénita de glucosa-galactosa y la deficiencia primaria de lactancia. La infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye una contraindicación para la lactancia o si está gravemente enferma y que reciban tratamiento para tratar el cáncer [20].

4.2 MARCO CONCEPTUAL

Organizar los conceptos como van presentando la información: primero definir lactancia materna exclusiva, luego puede ser adherencia, desarrollo cognoscitivo,

Lactancia materna exclusiva. La lactancia materna exclusiva es la alimentación del lactante mediante leche materna sin ningún otro suplemento sólido o líquido, incluyendo el agua. Las sociedades médicas recomiendan este tipo de lactancia durante los primeros seis meses de vida [21].

Adherencia. Es “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario” [22].

Desarrollo cognoscitivo. El desarrollo cognitivo es el proceso mediante el cual el ser humano va adquiriendo conocimiento a través del aprendizaje y la experiencia [23].

Sistema inmunológico. Es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones, como las bacterias y los virus. A través de una reacción bien organizada, su cuerpo

ataca y destruye los organismos infecciosos que lo invaden. Estos cuerpos extraños se llaman antígenos [24].

Absceso. Un absceso es una cavidad donde se acumula pus. Se puede tener abscesos en casi cualquier parte del cuerpo. Cuando un área se infecta, el sistema inmunitario intenta combatir la infección. Los glóbulos blancos se dirigen hacia el área infectada, se acumulan dentro del tejido lesionado y causan inflamación. Durante este proceso se forma el pus. El pus es una mezcla de células sanguíneas blancas, gérmenes y tejido muerto [25].

Inmunoglobulina. Las inmunoglobulinas (anticuerpos) son proteínas de importancia vital que circulan en el torrente sanguíneo y realizan una amplia variedad de funciones. Influyen notablemente sobre el equilibrio del sistema inmunitario [26].

Microbioma. Es el conjunto de genes de las bacterias que habitan en el organismo, es decir, del microbiota [27].

Microbiota. El microbiota es el conjunto de microorganismos que residen en nuestro cuerpo, que a su vez pueden diferenciarse según su comportamiento en comensales, mutualistas y patógenos [28].

Moniliasis. Enfermedad de transmisión sexual, que se ajusta al grupo de las infecciones causadas por un hongo del género *Cándida*, donde el *Allbicans* es el más usual que desarrolla dicho hongo [29].

Mortalidad neonatal. Es el indicador que habitualmente se usa para expresar el riesgo de fallecer o las expectativas de vida de los recién nacidos durante los primeros 28 días de vida en un determinado país o región o población atendida en un centro perinatal por 1000 nacidos vivos en ese año. Son indicadores importantes del nivel de desarrollo de un país y de su atención médica [30].

4.3 MARCO ÉTICO

4.3.1 Marco Ético Internacional

4.3.1.1 Declaración de Helsinki

Históricamente se han hecho investigaciones que involucran seres humanos con el fin de obtener avances de la ciencia. Los médicos y científicos han querido saber más acerca de la fisiología y la patología del ser humano y han usado diferentes métodos para obtener dicha información, para mejorar la salud de los seres humanos y por consiguiente su calidad de vida. En la actualidad se presenta un reto al tratar de mantener el equilibrio entre el avance de la ciencia para mejorar las condiciones de vida y la protección de los derechos de los sujetos que participan en investigaciones. La práctica de investigar con seres humanos es tan antigua como la medicina, pero la preocupación por las consecuencias y por la protección de los sujetos participantes es un fenómeno reciente.

Aunque no siempre fue una investigación formal como la que se realiza en la actualidad, desde el inicio de la medicina se realizaban actos unidos a la práctica clínica, como la analogía, que, junto con la enfermedad misma y el azar, aumentaban los conocimientos científicos, pero siempre buscando la mejoría del paciente.

En el año 1931 en Alemania se promulgó una ley que daba importancia fundamental al respeto de la autonomía al exigir la obtención de consentimiento informado, tanto en investigaciones sobre medicamentos como en experimentación con humanos y en 1935 en los Estados Unidos se permitió la experimentación con seres humanos si daban su consentimiento. En 1964, la Asociación Médica Mundial, en Helsinki, promulgó la Declaración de Helsinki en la que aparecen en forma clara dos capítulos, uno dedicado a la investigación médica combinada con asistencia profesional y el otro referente a la investigación biomédica no terapéutica. Esta declaración ha tenido considerables influencias en la formulación de las legislaciones y de los códigos de conductas internacionales y nacionales.

La última revisión fue realizada en Corea en el año 2008. Se trata de un planteamiento internacional de gran alcance. Fundamentalmente, establece pautas éticas para los médicos que realizan investigación biomédica clínica y no clínica, y estipula, entre sus diversas reglas, la obligatoriedad de obtener el consentimiento informado de las personas que participan en la investigación [31].

Según las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, se tiene lo siguiente:

Pauta 19: Consentimiento informado, y riesgos y posibles beneficios individuales. La participación de mujeres durante la lactancia en una investigación biomédica puede de igual manera entrañar riesgos para el lactante. La investigación con mujeres durante el embarazo y la lactancia sólo debe iniciarse después de considerar cuidadosamente los mejores datos disponibles de investigaciones preclínicas en modelos de animales durante el embarazo, investigaciones en mujeres no embarazadas, estudios de observación retrospectivos y registros de embarazos.

Mujeres lactantes. Puede ser necesario consultar al padre en una investigación en que participen mujeres durante la lactancia, de conformidad con la pauta 17 (Investigación con niños y adolescentes). Si un lactante puede estar expuesto a un producto en fase de investigación con la ingestión de la leche materna (o se desconoce si el lactante estaría expuesto), esa investigación debería conducirse en conformidad con la pauta 17 (Investigación con niños y adolescentes).

Pauta 17: Investigación con niños y adolescentes. Antes de emprender una investigación en la que participarán niños y adolescentes, el investigador y el comité de ética de la investigación deben asegurarse de que: uno de los padres del niño o el adolescente o un representante legalmente autorizado haya dado permiso para su participación [32].

Pautas CIOMS.

Ámbito Nacional. En 1993, representantes de Colciencias y del Ministerio de Salud promocionaron el Programa de Ciencia y Tecnología, que contaba con recursos para promover la financiación de proyectos de investigación en el área biomédica y de tecnología y de esta manera ayudaron a fomentar la investigación en la Fundación. En este mismo año, la Fundación asumió los lineamientos de la Resolución 8430 emitida por el Ministerio de Salud, donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. A partir de 1994, el comité trabajó con especial énfasis en la revisión de los consentimientos informados para cumplir la norma nacional expedida en 1993.

Posteriormente en 1998, se acató lo establecido en la Resolución 3823 de 1997 de la Comisión Asesora de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud que facultaba al INVIMA a registrar y seguir todos los estudios de investigación.

A partir de 2000 se adoptan las Guías de Buenas Prácticas Clínicas -Guías Tripartitas- elaboradas por la Conferencia Internacional de Armonización.

En enero de 2007 inició su actividad como organismo independiente al considerar inconveniente la subordinación al CEIS, como ente encargado de la administración y coordinación de los protocolos de investigación. Buscando una total transparencia en su gestión, el comité quedó conformado por catorce miembros, con presupuesto propio y autonomía para deliberar y decidir. Sus objetivos quedaron estipulados de la siguiente manera:

- Velar por el cumplimiento de los objetivos y del buen funcionamiento del Comité.

- Evaluar los aspectos científicos, técnicos y éticos de todos los protocolos de investigación que recluten seres humanos.

- Evaluar la idoneidad de los profesionales investigadores.

- Hacer seguimiento y auditoría de la ejecución de los estudios

- Participar en las actividades programadas del Comité incluyendo aquellas relacionadas con capacitación [31]

4.3.2 Marco Ético Nacional

Este marco lo define la resolución 8430 de 1993 [33], en lo que respecta a los siguientes artículos del título I:

Título 1. Disposiciones generales

Artículo 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- a. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

- b. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y

la estructura social.

c. A la prevención y control de los problemas de salud. EN SERES HUMANOS.

Capítulo 1. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

b. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.

Artículo 7. Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección, para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo, y demás normas técnicas determinadas para este tipo de investigación, y se tomarán las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

Artículo 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice

Artículo 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

- a. La justificación y los objetivos de la investigación.
- b. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c. Las molestias o los riesgos esperados.
- d. Los beneficios que puedan obtenerse.
- e. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- i. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- j. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación.
- k. En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

ARTICULO 16. El Consentimiento Informado, del sujeto pasivo de la investigación, para que sea válido, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Será elaborado por el investigador principal, con la información señalada en el artículo 15 de esta resolución.

- b) Será revisado por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizará la investigación.

- c) Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.

- d) Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su defecto. Si el sujeto de investigación no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.

- e) Se elaborará en duplicado quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o su representante legal.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio cuantitativo, intenta caracterizar la lactancia materna exclusiva en madres de una Institución Universitaria.

5.2 TIPO DE DISEÑO

Teniendo en cuenta los objetivos de este estudio, la investigación es de tipo descriptivo debido a que se mide la prevalencia de lactancia materna exclusiva en una población definida y de corte transversal porque se realiza una sola vez en el tiempo.

5.2.1 Población de estudio

Todas las madres con hijos menores de 2 años. Las madres son estudiantes de enfermería de una institución universitaria de la ciudad de Cali.

5.2.2 Muestra

5.2.2.1 Tipo de muestra

Para la obtención de la población se identificó a través de las coordinadora de cada semestre, las estudiantes con hijos menores de 2 años, las cuales fueron 22 madres.

5.2.2.2 Criterios de selección

❖ Criterios de inclusión

- Estudiantes de enfermería con hijos menores de 2 años, de una Institución Universitaria de Cali.
- Participantes que firmen el consentimiento informado.

❖ Criterios de exclusión

- Lactantes que tengan alguna enfermedad que impidan ser amamantados (galactosemia, malformaciones en labios, paladar hendido, enfermedades gastrointestinales, trastornos de deglución, estenosis esofágica, entre otras).
- Madres con VIH o TB activa

Las siguientes variables son escogidas previamente según la literatura relacionada con el tema expuesto. A continuación, se describen cada una de ellas:

Cuadro 2. Matriz de Variable

Variable	Definición conceptual	Nivel de medición o tipo de variable	Escala	Definición operacional
Fecha de nacimiento de la madre	Se describe como el día, mes y año en el que inicia la vida de un ser humano	Cualitativa	Nominal	DD/MM/AAA
Nivel educativo	Define el nivel de educación de una persona.	Cualitativa	Nominal	Primaria Secundaria Técnico Universitario
Seguridad social	Es la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia.	Cualitativa	Nominal	Contributivo Subsidiado Especial
Procedencia	Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva.	Cualitativo	Nominal	Rural Urbano
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativo	Nominal	Soltera Casada Unión libre Separada Viuda
Estrato Socio-económico	Clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos.	Cualitativo	Ordinal	1, 2, 3, 4, 5, 6

Variable	Definición conceptual	Nivel de medición o tipo de variable	Escala	Definición operacional
Embarazo planeado	Gravidez planificada.	Cualitativo	Nominal	Si o No
Embarazo Aceptado	Define si el embarazo que se da sin previa planificación es aceptado.	Cualitativo	Nominal	Si o No
Vía del parto	Define si fue parto o cesárea.	Cualitativa	Nominal	1.Vaginal 2.Cesárea
Paridad	Se define como el número de embarazos en que se ha encontrado a lo largo de su vida.	Cuantitativo	Discreta	Número de veces que ha estado en embarazo
Asistencia de la Madre a los cursos profilácticos	Esto permite dar cuenta si la madre cuenta con información sobre la lactancia materna y su importancia en el bienestar del bebé.	Cualitativo	Nominal	Si o No
Control prenatal	Se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnósticos y tratamientos de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.	Cualitativo	Nominal	Si o No
Educación sobre lactancia materna	Define si la madre recibió educación durante la gestación sobre la lactancia materna.	Cualitativa	Nominal	Si o No
Hospitalización del recién nacido	Define el tiempo de estancia hospitalaria del recién nacido.	Cualitativa	Nominal	Si o No
Peso del recién nacido	Indicador que mide masa corporal total del recién nacido.	Cuantitativa	Continua Razón	Peso en Gramo
Decisión de amamantar	Establece la decisión de la madre de amamantar.	Cualitativa	Nominal	Si o No
Contacto piel a piel	Evalúa si durante la primera hora de vida se dio contacto piel a piel durante la primera hora de vida.	Cualitativa	Nominal	Si o No
Lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido	Describe si el infante hizo succión durante la primera hora de vida.	Cualitativa	Nominal	Si o No.

Variable	Definición conceptual	Nivel de medición o tipo de variable	Escala	Definición operacional
Apoyo de lactancia materna	Define si la lactante recibe apoyo para el proceso de amamantamiento por parte de alguna persona cercana.	Cualitativo	Nominal	Si o no
Profesional que brinda educación sobre lactancia materna	Hace referencia a nivel educativo y enfoque desde el cual se brindó la educación.	Cualitativa	Nominal	1.Medico 2.Enfermera 3.Auxiliar de
Tipo de alimentación	Determina si el recién nacido ha recibido leche de formula o si la lactancia materna es exclusiva.	Cualitativa	Nominal	Leche materna Leche de formula

Fuente: Propia

5.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

5.3.1 Instrumento

Se extrae el instrumento de un artículo llamado "Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos; con base en ese instrumento se realizó ajustes para plantear la encuesta estructurada. Consta de 47 preguntas en relación con datos generales, antecedente gineco obstétricos, datos relacionados con lactancia (ver anexo B).

5.3.2 Fases del proceso investigativo

Fase 1. Idea central de la investigación: lo que se quería realizar (tema)

Fase 2. Planteamiento del problema y la pregunta problema.

Fase 3. Conceptualización del diseño de estudio.

Fase 4. Recolección de datos.

Fase 5. Análisis de datos.

Fase 6. Interpretación de resultados.

Fase 7. Elaboración de reportes de resultados.

5.4 PLAN DE ANÁLISIS

Las variables de este proyecto son de origen cualitativo (nominal y ordinal y cuantitativo (discreto y continuo). Con las variables cualitativas se realizan proporciones y porcentajes; con las variables cuantitativas se realizan las medidas de tendencia central. Para procesar la base de datos se utiliza Microsoft Excel.

5.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo investigativo se realiza conforme a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, las pautas fijadas por el CIOMS y a la Resolución 8430 de 1993, para los cuales se consideraron los párrafos respectivos (marco ético) para su correspondiente descripción. Teniendo en cuenta que esta es una investigación sin riesgo (Resolución 8430 de 1993), se cumplen los siguientes principios bioéticos para trabajar en ella:

- Autonomía: Los participantes podrán actuar bajo sus propias decisiones, firmando de forma previa el consentimiento informado.
- Beneficencia: Este proyecto está planeado para trabajar bajo la obligación moral de actuar en beneficio de los demás.
- No maleficencia: No se le producirá ningún tipo de daño a los participantes.
- Justicia: Habrá equidad en la distribución de cargas y beneficios y se actuará con ética.

6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Este presenta un calendario que incluye los meses desde julio del 2019 hasta noviembre de 2020 donde se establecen las actividades que se han desarrollado hasta el momento, y que se seguirán desarrollando hasta la culminación de la investigación.

Cuadro 3. Cronograma

No.	AÑO Actividades	2019						2020										
		M 7	M 8	M 9	M11 0	M 11	M 12	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 8	M 9	M 10	M 11	
1	Investigar en base de datos																	
2	Recolección y sistematización de la información																	
3	Elaboración de los preliminares																	
4	Elaboración del marco referencial																	
5	Elaboración de pregunta y planteamiento del problema																	
6	Desarrolló de objetivo general y específicos																	
7	Inscripción del tema por parte de los estudiantes para la valoración ante el comité																	
8	Presentación de la información organizada																	
9	Entrega a comité de ética																	
10	Aprobación de comité de ética																	
11	Trabajo de campo																	
12	Análisis de los resultados																	
13	Conclusiones y recomendaciones																	
14	Entrega de proyecto																	

7. PRESUPUESTO

En seguida, se presenta un esquema de gastos proyectados que causados con el proyecto investigativo y el estudio estadístico necesario para ofrecer resultados confiables.

Cuadro 4. Presupuesto

Gastos de personal formato COLCIENCIAS			
Función en el proyecto	Dedicación Hora/semanas	Recursos en miles de pesos	Total
Investigador 1	1 hora semanal	\$10.000 por hora	\$40.000 por mes
Investigador 2	1 hora semanal	\$10.000 por hora	\$40.000 por mes
Investigador 3	1 hora semanal	\$10.000 por hora	\$40.000 por mes

Descripción de gastos otros rubros formato COLCIENCIAS		
Descripción	Justificación	Total
Internet: \$1.500 por hora	Para búsqueda de información	\$6.000 por semana
Transporte básico	Traslado a la realización del proyecto	\$4.400 por días por investigador
Copias	Para sustentar el conocimiento de las valoraciones	\$8.000 por persona
Alimentación	No se requiere	
Impresiones por hoja \$50 b/n 300 a color	Para sustentar los avances del proyecto	\$10.000 por mes

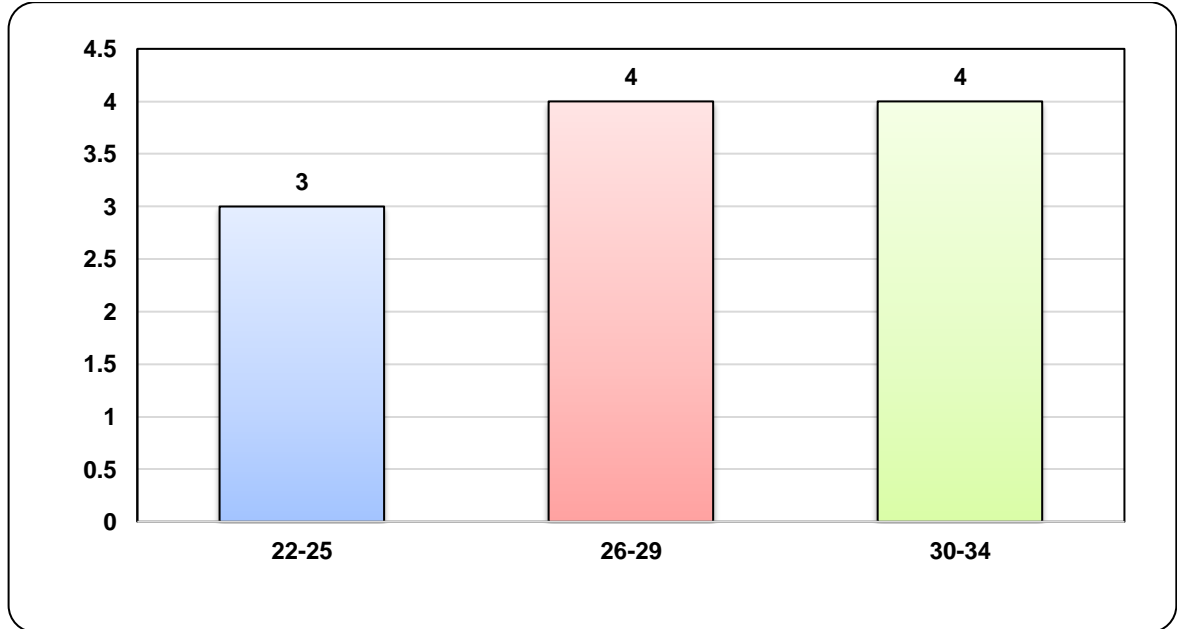
8. RESULTADOS

Los datos mostrados corresponden a la información de 11 madres de una Institución de Educación Superior con hijos menores de 2 años, las cuales respondieron la encuesta Los datos fueron recolectados durante el primer semestre del 2020

8.1 CARACTERIZACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICAMENTE LAS MADRES LACTANTES DE UNA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA

A continuación, se mostrarán los datos sociodemográficos.

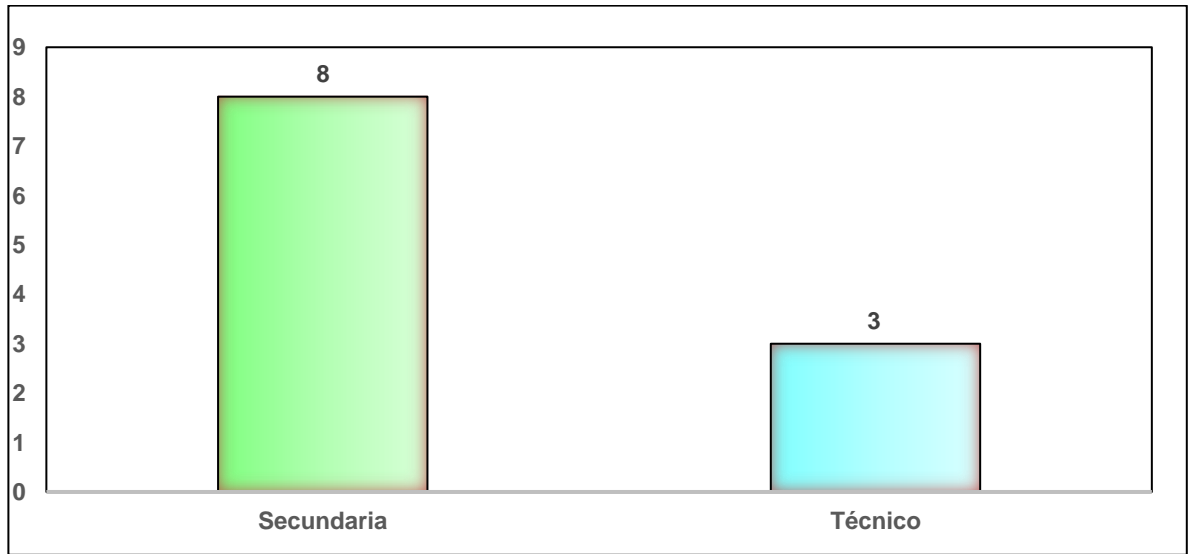
Figura 1. Distribución de mujeres por rango de edad



Fuente: Elaboración propia

Se encontraron cuatro madres lactantes en rango de edad de 26-29 años, al igual que en el rango de 30-34, 3 de ellas corresponde a rango de edad de entre 22 y 25 años.

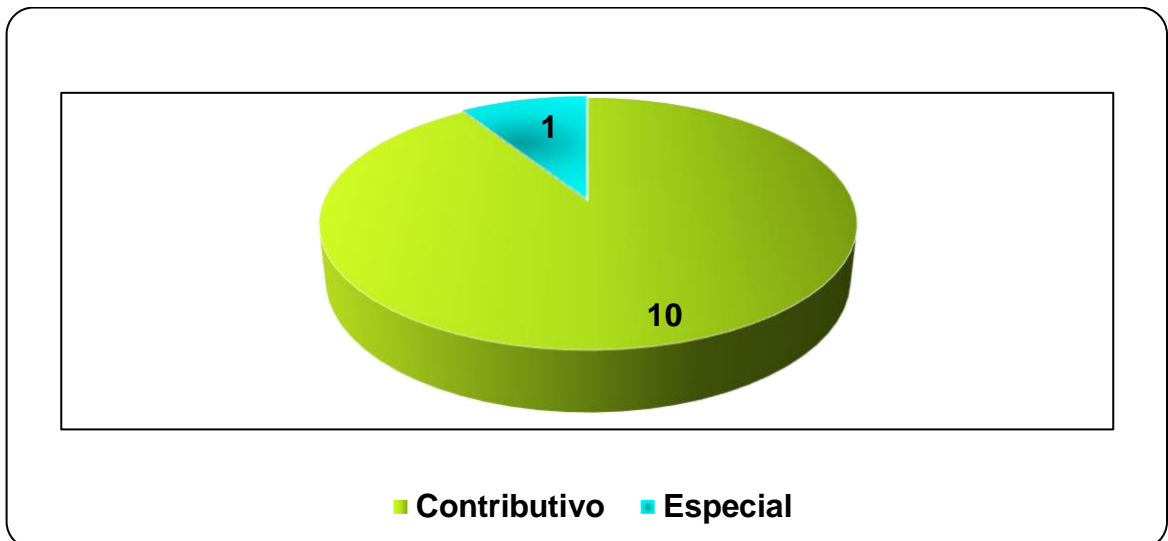
Figura 2. Nivel de escolaridad



Fuente: Elaboración propia

Se halló que tres madres durante su período de lactancia tenían un nivel de estudio técnico, y tres de secundaria , todas se encontraban adelantando su carrera profesional en el momento de la realización de la encuesta.

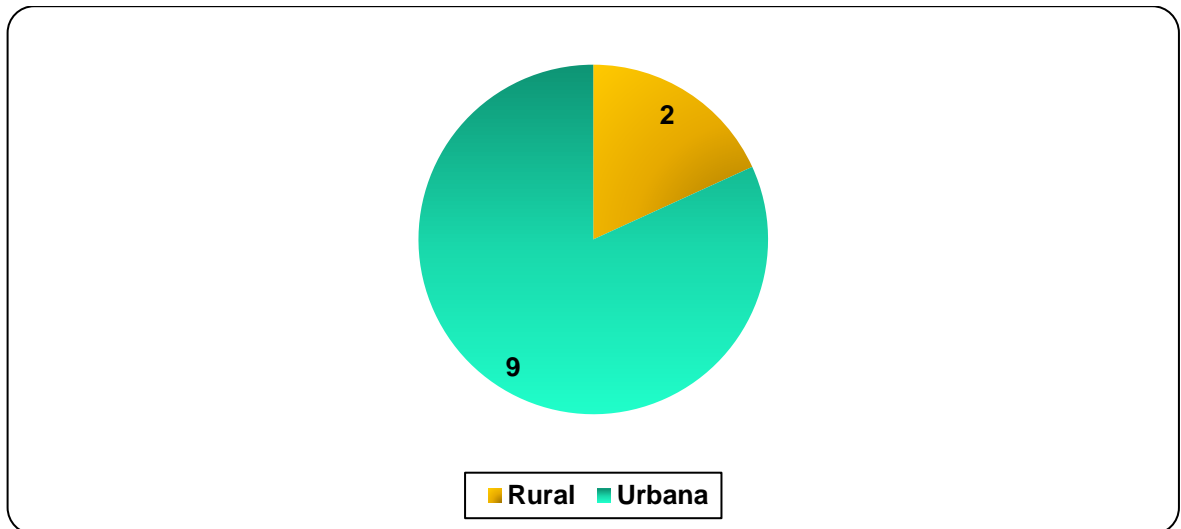
Figura 3. Régimen de afiliación



Fuente: Elaboración propia

Solo una de las madres lactantes pertenecía al régimen especial, y el restante (10) pertenecían al régimen contributivo.

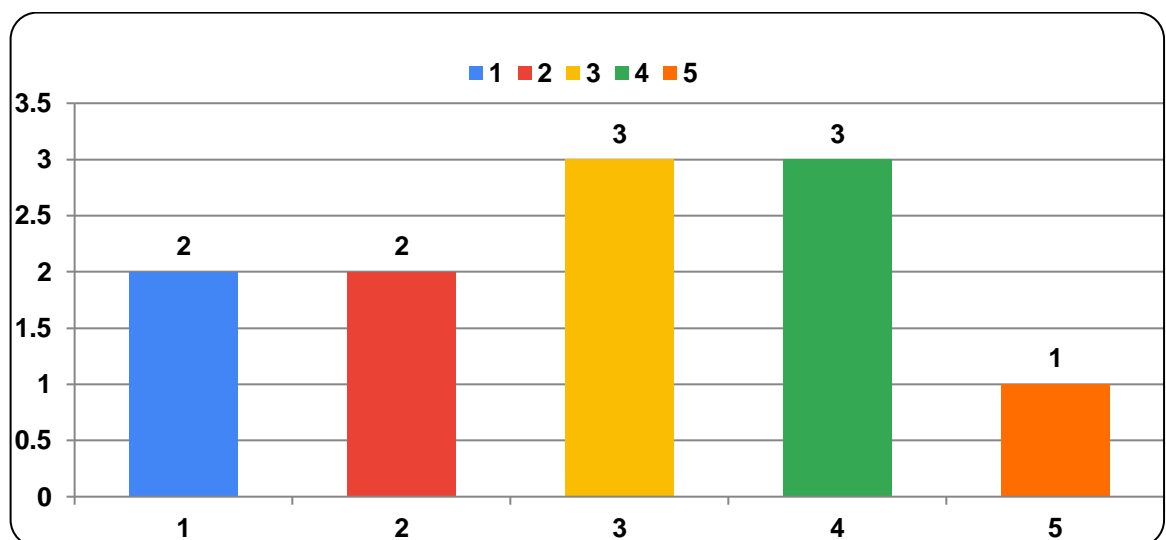
Figura 4. Procedencia



Fuente: Elaboración propia

Se encontró que la mayoría de las madres viven en zona urbana.

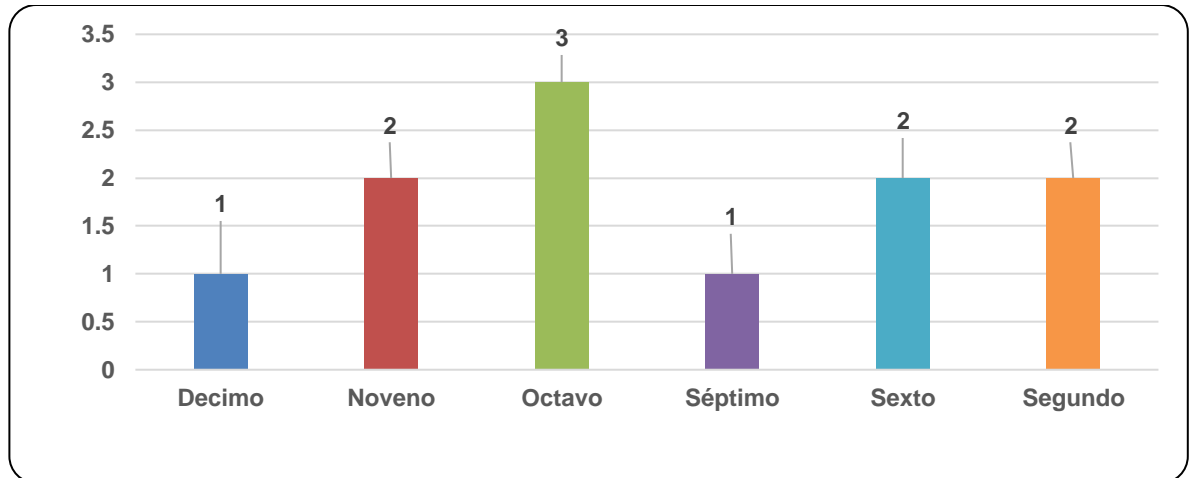
Figura 5. Estrato socio económico



Fuente: Elaboración propia

Dos de las madres encuestadas pertenecen a estrato socioeconómico 1, dos a estrato 2, tres de ellas a estrato 3 y 4 respectivamente, y solo una de ellas pertenece a estrato 5.

Figura 6. Semestre que cursa

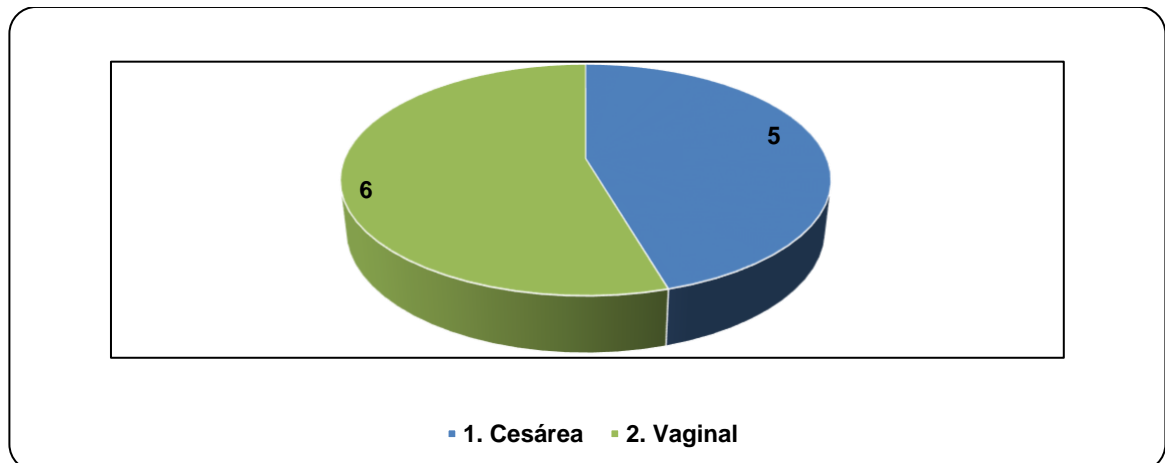


Fuente: Elaboración propia

Tres de estudiantes y madres lactantes, pertenecían a octavo semestre, dos en segundo, dos en sexto, dos en noveno, una en séptimo y otra en décimo semestre.

8.2 ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

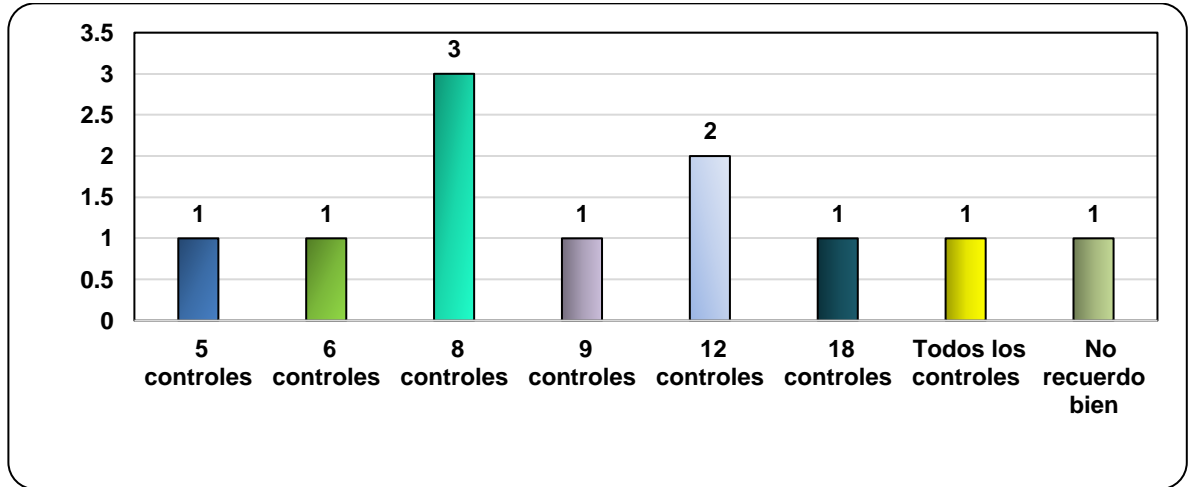
Figura 7. Vía del parto



Fuente: Elaboración propia

Se encontró que a cinco de las madres se les realizó cesárea, y seis de ellas siendo la mayoría tuvo parto por vía vaginal.

Figura 8. Número de controles prenatales durante el embarazo

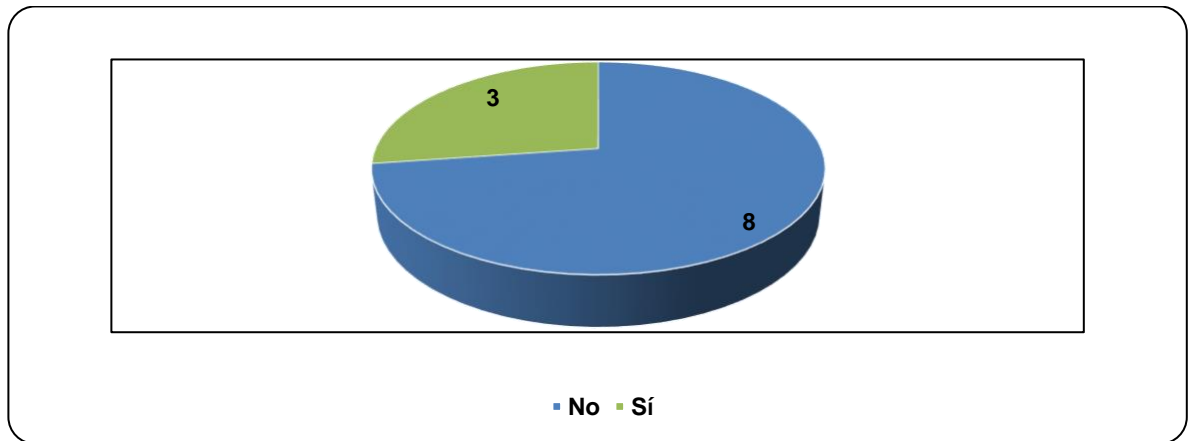


Fuente: Elaboración propia

Se encontró que la cantidad de controles a los que asistieron las madres fue variable, teniendo como factor común mínimo cinco controles durante el embarazo.

8.3 FACTORES RELACIONADOS CON EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

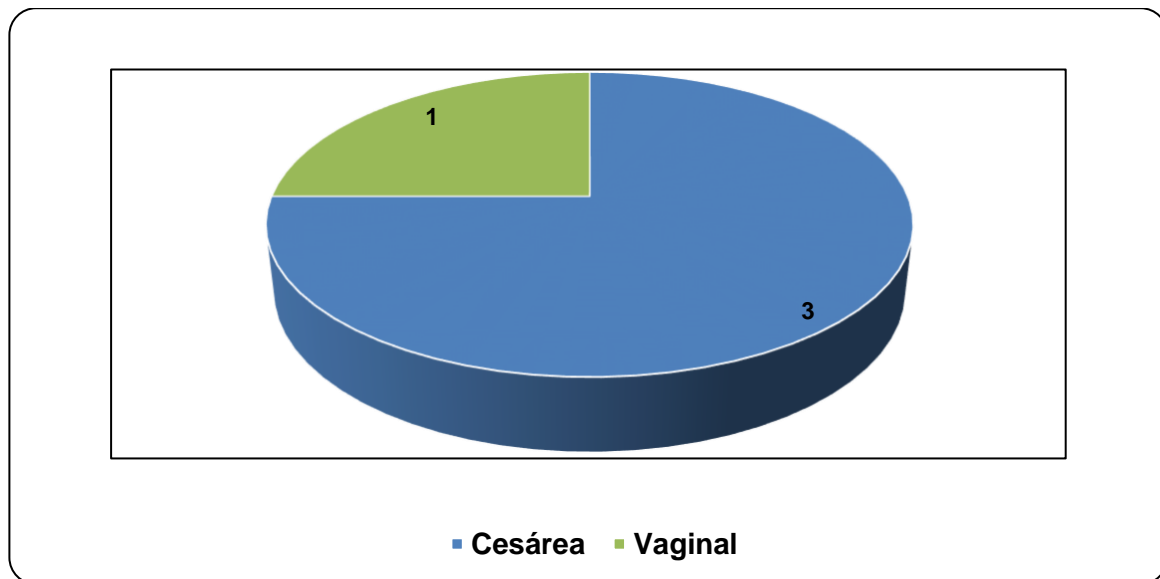
Figura 9. Utilizó chupo antes de los seis meses



Fuente: Elaboración propia

En la figura 9 se aprecia que tres bebés utilizaron chupo antes de los seis meses de edad, del total de las madres encuestadas

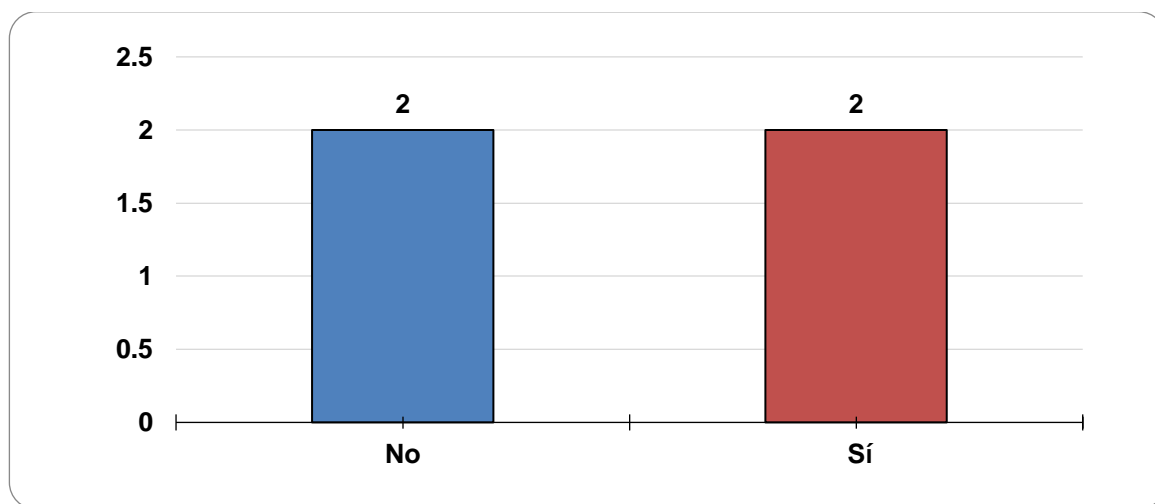
Figura 10. Vía del parto



Fuente: Elaboración propia

De las cuatro madres que abandonaron la lactancia materna antes de los 6 meses, tres de ellas tuvieron cesárea y solo una de ellas fue por parto vaginal.

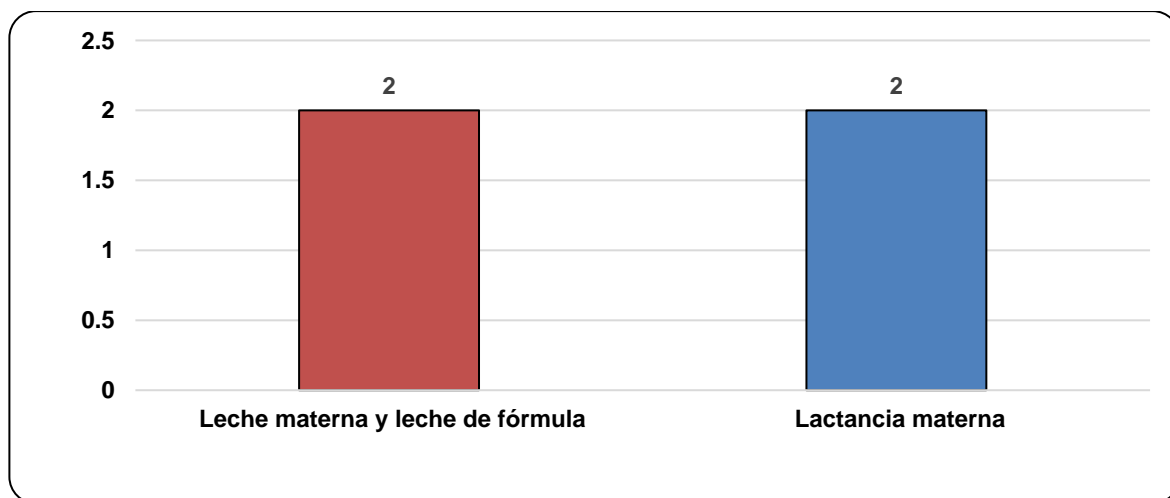
Figura 11. Recibió contacto piel a piel en la primera hora de vida



Fuente: Elaboración propia

La mitad de las madres que abandonaron la lactancia materna recibieron contacto piel a piel durante la primera hora de vida del recién nacido.

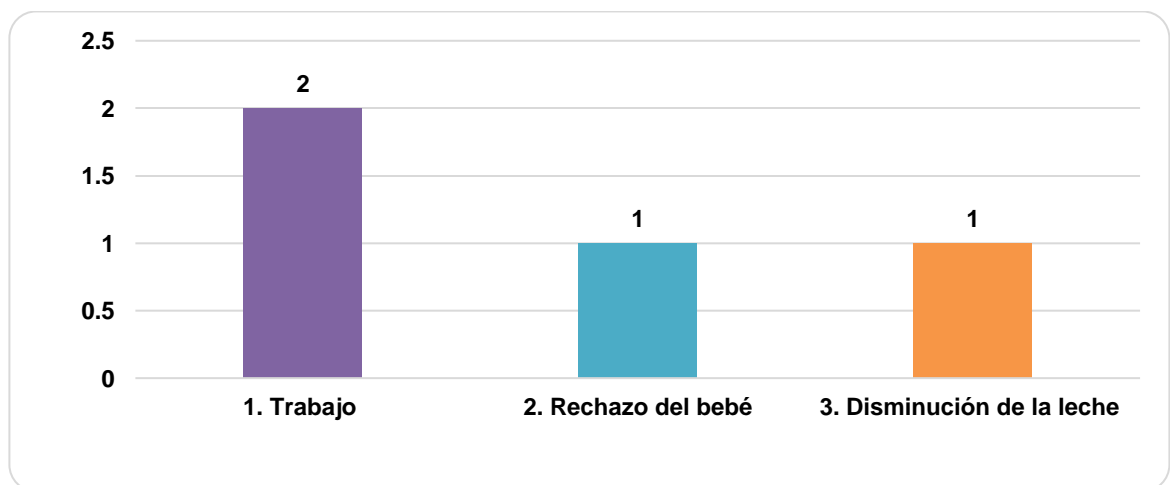
Figura 12. Tipo de alimentación del recién nacido en el momento de la salida de la hospitalización postparto



Fuente: Elaboración propia

Se encontró que dos de las madres dieron a sus recién nacidos en el momento de salir de la hospitalización lactancia materna exclusiva y las otras dos dieron alimentación mixta complementada con leche de fórmula.

Figura 13. Motivo de abandono de lactancia materna



Fuente: Elaboración propia

Dos de las madres tuvieron como motivo de abandono el retomar su trabajo respectivamente, una de ellas refiere que el bebé rechazó el seno cuando intentó lactar y la otra comenta que no hubo adecuada producción de leche para amamantar.

8.4 FACTORES QUE FAVORECIERON LA LACTANCIA MATERNA

De las once madres entrevistadas, sólo dos madres mantuvieron la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses. Entre los antecedentes gineco obstétricos se encontró que para uno (1) de ellos la vía del parto fue vaginal y el otro fue por cesárea, las dos madres tuvieron contacto piel a piel durante la primer hora de vida, presentaron peso adecuado al nacer y no tuvieron ninguna complicación, al egreso de la hospitalización, recibieron solo lactancia materna y continuaron haciéndolo a libre demanda; en cuanto a la características familiares se encontró que las dos recibieron apoyo por parte de su pareja y familia en general; aunque ninguno de los dos embarazos fue planeado fueron bien aceptados. Con relación al apoyo recibido por los profesionales, ambas recibieron educación por parte de personal de enfermería en sus controles prenatales y curso psicoprofiláctico respectivamente, con referente a la decisión de lactar previa ambas tomaron la decisión de lactar antes del nacimiento, una de ellas ya tenía experiencia previa y la otra era madre primigestante, ninguna de las dos madres utilizó chupo con su hijo durante los seis meses de lactancia materna exclusiva

9. DISCUSIÓN

La lactancia materna es un acto natural y fisiológico el cual inicia con la propia historia, es normal creer que hoy en día la gran mayoría de las madres del mundo quieren amamantar a sus hijos, pero para ello necesitan toda una información veraz, apoyo del personal de salud, la familia y de la sociedad en conjunto.

En lo que respecta al mantenimiento de la lactancia en el estudio se identificó que las dos madres que lograron mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses estaban casadas en el momento de la lactancia, en coherencia a lo encontrado por Herrero y Gorrita [34] quienes afirman que el estado civil casada está relacionado con el aumento de la lactancia, a diferencia del estado soltero o divorciado, que presentan menor tasa de lactancia.

Entre otros factores que estaban relacionados se encontró que las dos madres decidieron previamente lactar, porque vieron la necesidad y la importancia. Esto es corroborado con lo que afirman Gómez y otros [35], cuando manifiestan que la intención es un fuerte predictor del inicio y mantenimiento de la lactancia exclusiva, aunque se deben considerar otras variables que pueden mediar o modificar la relación entre la intención y la ocurrencia de la lactancia, como la autoeficacia y el apoyo social.

Por otro lado, las madres que abandonaron la lactancia fueron cuatro. Tres de ellas tuvieron una vía de parto cesárea y una parto vaginal, lo que se relaciona con los resultados encontrados por Silva y otros [36] que mostraron que el parto vaginal está asociado positivamente con la lactancia.

Referente a la introducción de leche formula se encontró que los recién nacidos recibieron leche de formula desde primer día de nacimiento, así mismo lo menciona López Martínez y Zapata [37] en su estudio “Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín” en el cual uno de las causas de abandono estaba relacionado con problemas en la producción de láctea, donde las madres tempranamente brindaban leche de fórmula al lactante.

A través de este estudio se pudo apreciar que solo tres de las madres lactantes usaron chupo con sus hijos, contrario a lo que refiere Lozano y otros [38] que disponen que el uso de chupo estaba relacionado con una menor duración de la lactancia.

En relación con las causas de abandono de la lactancia materna de la investigación se logró identificar que la reactivación de las actividades laborales de la madre inciden en el abandono de lactancia materna antes de los 6 meses, datos que coinciden con el estudio realizado por García y otros [39] quienes encontraron que entre las principales causas de abandono se encontraban el trabajo.

Continuando con los factores relacionados con el abandono, se encontró que el contacto piel a piel se presentó en la mitad de las madres que abandonaron y mantuvieron la lactancia materna, acorde con lo encontrado por Oliver y otros [40] en su estudio, donde evidencia que el contacto piel no afectó el mantenimiento de lactancia a futuro.

Por medio de esta investigación se logró obtener que la duración de la LME fue cuatro meses, de acuerdo con el estudio de Oribea y otros [41] donde se puede observar claramente como la cifra más alta se presentó en el alta hospitalaria fue del 84,8%, a los 4 meses del 53,7% y a los 6 meses del 15,4%.

Es así como del análisis de los resultados de este estudio se puede afirmar que, pese a la recomendación de diversas instituciones como la OMS, UNICEF, OPS y el ICBF de que la LME debe ser hasta los seis meses de edad, las madres siguen abandonando esta práctica antes de este tiempo. A pesar de los esfuerzos de los entes gubernamentales, las instituciones para mantenerla hasta los 6 meses a través de la educación que se realizan en los diferentes momentos de la gestación.

La investigación evidencia las debilidades que existen en la educación que brinda el profesional de salud a la gestante y familia; debido a que a pesar la mayoría recibieron educación en relación con lactancia materna por algún profesional de salud médico, enfermera o auxiliar de enfermería, se podría afirmar que no es suficiente ya que la cantidad de madres que mantuvieron la LM fueron pocas. López, Martínez y Zapata [42], encontró que las tres principales razones manifestadas por las madres para abandonar la lactancia son: el bebé no queda satisfecho, no tiene suficiente producción y el bebé pierde interés para succionar o chupar; nuevamente se cae en un fracaso de esta práctica nutricional posiblemente por desconocimiento de la madre, esto lleva a concluir que, aun cuando se brinda educación al respecto sobre la importancia de la leche materna para el neonato, sin embargo no se entrena adecuadamente a la madre sobre cómo debe hacerse el proceso de la lactación.

10. CONCLUSIONES

En la Institución se encontraron cuatro madres lactantes en rango de edad de 26-29 años, otras cuatro en el rango de 30-34, y tres pertenecen al rango de edad de entre 22 y 25 años. Tres de ellas durante su período de lactancia tenían un nivel de estudio técnico, y tres de secundaria, todas se encontraban adelantando su carrera profesional en el momento de la realización de la encuesta. Solo una de las madres lactantes pertenecía al régimen especial, y el restante (10) pertenecían al régimen contributivo. La mayoría de las madres viven en zona urbana, dos son de estrato socioeconómico 1, dos de estrato 2, tres de ellas a estrato 3 y 4 respectivamente, y solo una de ellas pertenece a estrato 5. Tres de estudiantes y madres lactantes, pertenecían a octavo semestre, dos en segundo, dos en sexto, dos en noveno, una en séptimo y otra en décimo semestre.

Los resultados de este estudio evidenciaron que cuatro de las madres no continuaron con la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de edad, lo que coincide con lo mencionado por la OMS donde Colombia presenta tasas de lactancia bajas.

Las razones que tuvieron las madres para el abandono de la lactancia materna fueron: retorno al trabajo, rechazo del bebé, uso del chupo, uso de fórmula y escasa producción de leche.

Los factores que favorecieron la lactancia materna fueron: al egreso de la hospitalización, recibieron solo lactancia materna y continuaron haciéndolo a libre demanda; se encontró que las dos recibieron apoyo por parte de su pareja y familia en general, apoyo recibido por los profesionales, recibieron educación por parte de personal de enfermería en sus controles prenatales y curso psicoprofiláctico respectivamente, con referente a la decisión de lactar previa tomaron la decisión de lactar antes del nacimiento, una de ellas ya tenía experiencia previa y la otra era madre primigestante, ninguna de las dos madres utilizó chupo con su hijo durante los seis meses de lactancia materna exclusiva

11. RECOMENDACIONES

Es importante formular recomendaciones direccionadas a las madres, al personal médico y de salud en general que tengan relación con obstetricia y a las entidades de salud y organismos encargados del cumplimiento de normas.

Es importante que desde el inicio del embarazo y en el proceso de atención a la futura madre, se le sensibilice acerca de la importancia de la lactancia materna para los bebés, en lo que respecta a su salud, desarrollo físico y mental; brindándole no solo información sino soluciones y alternativas.

El personal de salud debe contar con un protocolo donde se establezca la obligatoriedad de informar a las madres sobre la importancia de la lactancia materna en relación a la salud de los recién nacidos.

Para las entidades y organismos especializados se sugiere considerar la necesidad de contar con un indicador de riesgo para intervenir tempranamente el riesgo de abandono de la Lactancia Materna. Con esto se propone explorar la intención de lactar como un indicador temprano de riesgo de abandono de la lactancia materna exclusiva, en futuros estudios.

Es importante seguir investigando sobre el tema en cuestión con el fin de fortalecer la práctica y favorecer el mantenimiento de lactancia materna exclusiva hasta antes de los 6 meses.

Por lo anterior en los objetivos de desarrollo sostenible se establece que se deben crear estrategias para la promoción y mantenimiento de la lactancia materna donde el personal tiene un papel importante en garantizar el inicio de la lactancia materna a través de la educación en los controles prenatales, en promover el inicio de la lactancia en la sala de partos, al egreso y controles posteriores el acompañamiento a la madre y familia hacia la práctica y el mantenimiento de la lactancia materna.

Lo encontrado evidencia la necesidad de fortalecer las líneas de acción a nivel político y gubernamental, en torno a los objetivos de alcanzar las metas en LM, se debe abordar la población desde sus características propias como conductas previas y sus condicionantes sociodemográficas, personales y familiares que pueden favorecer la lactancia materna. Se advierte la necesidad de mejorar las planeaciones educativas y de sensibilización a las futuras madres relacionando

claramente los beneficios de lactar, desde la consejería en lactancia materna específicamente, así como el factor emocional dentro del contexto de cada mujer y a través de la caracterización de una población específica.

El análisis de estos resultados lleva a identificar el impacto que produce una mala práctica desde el momento educativo que brinda el personal de salud hasta el momento del parto al no alinearse según los decretos o resoluciones que difunde el gobierno, puede deberse a una manera insuficiente o escasa educación, el ejercicio monótono de la profesión o en su defecto déficit de personal en los hospitales que prestan el servicio de ginecoobstetricia.

BIBLIOGRAFÍA

[1]	Mujer y Madre Hoy. Beneficios de la lactancia materna en la madre y el bebé. 2019. [En línea]. Recuperado de: https://mujerymadrehoy.com/beneficios-de-la-lactancia-materna-en-la-madre-y-el-bebe/ .
[2]	Victoria C, Bahl R, Barros A, França G, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N y Rollins N. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. <i>Lancet</i> , pp. 475-490, 2016.
[3]	Thorkild Tylleskär AB. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomized trials,» <i>The Lancet Global Health</i> , (4): 4, pp. e219-e220, April 2016.
[4]	Rodríguez-Pérez M, Álvarez-Vázquez E, Medina-Pomares J, Velicia Peñas C, Cal-Conde A, Goicoechea-Castaño A, González-Formoso C y Clavería A. Prevalencia de lactancia materna en el área sanitaria de Vigo, Galicia. <i>Revista Española de Salud</i> , (91), pp. 1-9, 2017.
[5]	Chasi Sánchez J. Crecimiento y desarrollo psicomotor en niños menores de un año en relación con la lactancia materna y artificial en el Hospital Provincial General de Latacunga 2011-2012.,» 2014. [En línea]. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4132/Albino_mf.pdf?sequence=1&isAllowed=y .
[6]	López B, Martínez LJ, y Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de la salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. <i>Revista Facultad Nacional Salud Publica</i> , (13), pp. 117-126, 2013.
[7]	Organización Mundial de la Salud-OMS. La OMS y el UNICEF publican nuevas directrices para promover la lactancia materna en los establecimientos de salud de todo el mundo, 2018. [En línea]. Recuperado

	de: https://www.who.int/es/news-room/detail/11-04-2018-who-and-unicef-issue-new-guidance-to-promote-breastfeeding-in-health-facilities-globally .
[8]	Organización Mundial de la Salud-OMS. Inicio temprano de la lactancia materna, 2019. [En línea]. Recuperado de: https://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/ .
[9]	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y otros países. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2016. [En línea]. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf .
[10]	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Nutrición, 2015. [En línea]. Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional .
[11]	Alpízar Campos MJ, Canales Madrigal J, Moreira Álvarez RD y Castillo Ramírez M. Factores que influyen en la duración de la lactancia materna en las estudiantes universitarias. <i>Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica</i> , 37, Julio-diciembre, 2019.
[12]	Romero A. Danies J y Ortiz M. Lactancia materna y deserción escolar en estudiantes madres de una facultad de salud. <i>Revista Repertorio de Medicina y Cirugía</i> , (29): 1, 16 Marzo 2020.
[13]	American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. <i>Pediatrics</i> , (129): 3, 2012.
[14]	Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz E, Richter L y Victora CG. Why Invest, and What It Will Take to Improve Breastfeeding practices?. <i>The Lancet</i> , (387):10017, pp. 491-504, 2016.

[15]	Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de lactancia materna 2010-2020, 2010. [En línea]. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf .
[16]	Ayerra A, Zabau J, Adán S y Barricarte ML. Anatomía y fisiología de la lactancia materna. <i>OCRONOS-Revista Médica y de Enfermería</i> , 2019.
[17]	Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna, 2012. [En línea]. Recuperado de: https://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf .
[18]	Urquiza Aréstegui R. Lactancia materna exclusiva ¿siempre?,» <i>Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia</i> . (60): 2, Abril 2014.
[19]	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF. Manual lactancia materna. Ecuador, 2013.
[20]	Lozano De La Torre M. Lactancia materna. Protocolos diagnósticos terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Santander, 2015.
[21]	NATALBEN. Los beneficios de la lactancia materna exclusiva. La leche materna ayuda al bebe y a la madre, 2020. [En línea]. Recuperado de: https://www.natalben.com/beneficios-lactancia-materna-exclusiva .
[22]	Vargas Negrín F. Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. OMS, 2003.
[23]	Universidad de Valencia. El desarrollo cognitivo: las fases de Piaget, 9 Marzo 2016. [En línea]. Recuperado de: https://www.uv.es/uvweb/master-investigacion-didactiques-especificques/es/blog/desarrollo-cognitivo-fases-piaget-1285958572212/GasetaRecerca.html?id=1285960943583 .

[24]	Arthritis Foundation. ¿Qué es el sistema inmunológico?, 2020. [En línea]. Recuperado de: espanol.arthritis.org/espanol/la-artritis/preguntas-frecuentes/pf-sistema-inmunologico/ .
[25]	MEDLINEPLUS. Información de salud para usted. Abscesos, 2020. [En línea]. Recuperado de: https://medlineplus.gov/spanish/abscess.html .
[26]	BIOTEST. Pacientes. Inmunoglobulinas, 2020. [En línea]. Recuperado de: https://www.biotest.com/es/es/pacientes/inmunoglobulinas.cfm .
[27]	Soteras A. Microbioma, el código genético de nuestras bacterias, 2018. [En línea]. Recuperado de: https://www.efesalud.com/microbioma-genes-bacterias/ .
[28]	Campo R, Alarcón T, D'auria G, Delgado S y . Ferrer M. Microbiota en la salud humana: técnicas de caracterización y transferencia. <i>Revista ELSEVIER Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica</i> , (36): 4, pp. 241-245, 2017.
[29]	ECURED. Moniliasis, [En línea]. Recuperado de: https://www.ecured.cu/Moniliasis , 2020.
[30]	GUSSODIN. Mortalidad Neonatal Definición de conceptos, 2020. [En línea]. Recuperado de: https://es.slideshare.net/gussodin/mortalidad-neonatal .
[31]	Prieto P. Comités de ética en investigación con seres humanos: relevancia actual en Colombia. Experiencia de la Fundación Santa Fe de Bogotá. <i>Acta Medica colombiana</i> , (36): 2, 2011.
[32]	Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas-CIOMS, Organización Mundial de la Salud-OMS. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Ginebra, 2016.

[33]	Ministerio de Salud, <i>Resolución 8430 de 1993</i> , Bogotá, 1993.
[34]	Herrero LA, y Gorrita RR. Policlínico Universitario “Felo Echezarreta” San José de las Lajas. ¿Cómo influyen diferentes factores psicosociales en el abandono precoz de la lactancia materna?. <i>Revista de Ciencias Médicas</i> , (15): 3, 2009.
[35]	Gómez JA, Rojas ME, Serrano K, Juárez MA, Huerta A y Ramírez M. Intención de Lactar exclusivamente con Leche Materna: Un Estudio Basado en la Teoría de la Conducta Planeada. <i>Clínica y Salud</i> , (31): 1, pp. 13 - 20, 2020.
[36]	Silva P, Vargas N, León N, Durán S, Araya M, Rudman J y Muñoz G. El tipo de parto, ¿podría condicionar el éxito en la lactancia materna exclusiva?. <i>Rev Esp Nutr Comunitaria</i> , (24): 2, 2018.
[37]	López B, Martínez L y Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. <i>Rev. Fac. Nac. Salud Pública</i> , (31): 1, pp. 117-126, 2013.
[38]	Lozano MJ, Pallás CR, Hernández MT, Aguayo J, Arena J, Ares S, Gómez A, Díaz M y Jiménez A. Uso del chupete y lactancia materna. <i>Anales de Pediatría</i> , (74): 4, pp. 271.e1-271.e5, 2011.
[39]	García AA, Castaño JJ, Vallejo S y Vargas JD. Razones de abandono de la lactancia materna en madres de niños de jardines infantiles. <i>Arch Med</i> , (17): 2, pp. 369-8, 2017.
[40]	Oliver A, Richart M, Cabrero J, Pérez S, Ginesa N, Flores JC, Calatayud M y García R. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida Marz. <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i> , (18): 3, Marzo-junio 2010.

[41]	Oribe M, Lertxundia A, Basterrechea M, Begiristaina H, Santa Marina L, Villara M, Dorronsoro M, Amiano P y Ibarluzea J. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. <i>Gaceta Sanitaria</i> , pp. 4-9, January-february 2015.
[42]	López B, Martínez L y Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. <i>Rev. Fac. Nac. Salud Pública</i> , (31): 1, pp. 117-126, 2013.
[43]	Mazo-Tomé P y Suárez-Rodríguez M. Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos. <i>Boletín médico del Hospital Infantil de México</i> , 75, pp. 49-56, 2018.
[44]	Organización Mundial de la Salud - OMS, «Acerca de la OMS,» 2020. [En línea]. Available: https://www.who.int/about/es/#:~:text=Nuestro%20objetivo%20es%20construir%20un,salud%20que%20se%20pueda%20lograr .

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE**

ACEPTACION COMITÉ FECHA: _____ **SESIÓN** _____ **CÓDIGO JURADO** _____

Yo _____ mayor de edad, identificado con CC. N° _____ acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación titulado: “ **adherencia a la lactancia materna durante la primera semana de vida en una institución de alta complejidad** ”, realizado por las estudiantes del programa Enfermería de la universidad Santiago de Cali: Luz Angélica Ramírez c.c. 1143846428 celular 3164483180 correo lucita1060@hotmail.com ; Yuli Shirley Osorio Campaz c.c. 1130661488 celular 3164763357 correo yulioshur2011@gmail.com; Leidy Veira Castañeda c.c. 67026267 celular 3137748585 correo leyvecas1984@gmail.com, Dirigido por la docente: Luz Adriana Meneses cc 31567073 celular 3165018621 correo luz.meneses00@usc.edu.co. Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Determinar la lactancia materna exclusiva en hijos de estudiantes de enfermería de una institución universitaria de la ciudad de Cali durante el primer semestre del 2020 y sobre los pasos para el cumplimiento de cada objetivo y como debo de participar: realizaran una entrevista en la institución universitaria me explicaron también que puedo retirarme del estudio cuando crea conveniente, o ser retirado sin repercusión alguna. A su vez sé que no utilizarán mi nombre, sino que se utilizarán códigos o número de identificación y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores y yo, (derechos del participante.) para (producto) Los resultados obtenidos serán única y exclusivamente para este fin investigativo. Sé que el beneficio de este trabajo es conocer la lactancia materna exclusiva en hijos de estudiantes de enfermería. Se me ha informado que no me ocasionarán riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuro. A su vez, me comentaron que utilizarán todas las normas de bioseguridad pertinentes; seré tratado con equidad-igualdad y respeto y se me responderá a cualquier duda que se me presenté en cualquier momento de la investigación. Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido el documento y el trabajo que realizaran. Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización del trabajo de investigación y firmo a continuación.

NOMBRE PARTICIPANTE _____

FIRMA
C.C: _____



FIRMA DE EL-LOS TESTIGO(S) _____

FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO.:

Investigadores	Firma
Angélica Ramírez	
Yuli Osorio Campaz	
Leidy Veira Castañeda	
Coinvestigador	
Luz Adriana Meneses Urrea	

Anexo B. Instrumento (encuesta)

Se extrae el instrumento de un artículo llamado “Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos de Mazo-Tomé y Suárez-Rodríguez [43]. Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos. Con base a ese instrumento se realizó unos ajustes para plantear la encuesta estructurada por parte de los estudiantes de noveno semestre de enfermería de la Universidad Santiago de Cali. Constará de 47 preguntas en relación con datos generales, datos clínicos, datos control prenatal, datos del recién nacidos, datos de lactancia y seguimiento.

Sra. Buenos días, nosotros somos Angélica Ramírez, Yuli Osorio y Leidy Veira, estudiantes de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali, actualmente nos encontramos realizando nuestro trabajo de grado el cual tiene como objetivo determinar la adherencia a la lactancia materna durante la primera semana de vida en los recién nacidos a término en una institución de salud de alta complejidad.

La información que se comparta será de carácter confidencial y solo será utilizada para fines investigativos. Solicitamos su colaboración para responder las siguientes preguntas, para lo cual requerimos responder con la mayor sinceridad posible.

Fecha:	Código:
---------------	----------------

Encuesta:

1	Edad de la madre
2	Fecha de nacimiento de la madre dd/mm/aaaa
3	Nivel de escolaridad: Primaria, secundaria, técnico, universitario
4	Seguridad social (EPS): Contributivo, subsidiado, especial
5	Procedencia: rural, urbana
6	Estado civil: Soltera, casada, unión libre, separada, viuda
7	Estrato Socioeconómico 1, 2, 3, 4, 5, 6
8	Conto con apoyo familiar durante el embarazo: si no
9	Si la anterior respuesta es SI, expliqué de quien recibió apoyo
10	Embarazo planeado: si no
11	Embarazo aceptado: si no
12	Fecha del parto: dd/mm/aaaa
13	Vía del parto: Vaginal Cesárea
14	Parto complicado: si no
15	Si la anterior respuesta fue SI, explique qué complicación presento
16	Cuántos embarazos ha tenido: 1, 2, 3, 4, 5 o más
17	Asistió a curso psicoprofiláctico: si no
18	Número de sesiones del curso psicoprofiláctico a las que asistió #
19	Asistió a control prenatal: si no
20	¿Cuántos controles prenatales recibió durante el embarazo? #

21	Recibió educación sobre lactancia materna en el control prenatal: si no
22	Si recibió educación sobre lactancia materna durante el control prenatal, ¿de parte de quien recibió la educación?
23	El recién nacido al momento del egreso presento alguna patología: si no
24	¿Si la respuesta anterior fue SI, que patología presento el recién nacido?
25	El recién nacido estuvo hospitalizado. Si no
26	Peso del recién nacido
27	Decisión de amamantar previa. Si no
28	Tuvo experiencia previa para lactar. Si no
29	Su experiencia previa de lactancia materna fue: positiva, negativa
30	Recibió contacto piel a piel durante la primera hora post parto. Si no
31	Si la respuesta anterior fue NO, ¿por qué?
32	Lactó en la primera hora de vida postparto: si no
33	Si la anterior respuesta fue NO, ¿Por qué? Y en cuanto tiempo después del nacimiento lacto al recién nacido
34	Recibió apoyo durante la lactancia materna: si no
35	Si la anterior respuesta es SI. Por parte de quien recibió apoyo durante la lactancia materna
36	Recibió educación sobre lactancia materna durante las primeras 24 horas postparto: si no
37	lactancia materna. Leche de formula
38	Por parte de quien recibió educación sobre lactancia materna
39	Dio de lactar a su niño: si no
40	A qué edad comenzó usted a darle leche materna a su hijo: Desde que nació, a la semana que nació, después del primer mes, nunca.
41	Cuántas veces al día le daba de lactar: 3 veces al día, 5 veces al día, 8 o más veces al día, Cada vez que pedía
42	Le dio leche de formula a su hijo antes de los seis meses: si no
43	Si su respuesta anterior fue SI. ¿Durante cuánto tiempo le dio leche de formula?
44	Utilizó el chupo con su hijo antes de los 6 meses: si no
45	Dejó usted de lactar a su hijo en algún momento: si no
46	Edad del niño al momento del abandono: # meses, años.
47	¿Cuáles fueron los motivos para el abandono de la lactancia materna?