

**FACTORES QUE INCIDEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN UN HOGAR INFANTIL DE LA CIUDAD DE CALI EN EL
PERIODO 2018B**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

INTEGRANTES:

**LLANTÉN CARDONA HEIDY THALIA
PEREZ QUINTERO HAROLD STIVE
PRIETO VELASCO RAQUEL MELISSA**



**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI .
FACULTAD DE SALUD, PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NOVENO SEMESTRE
Santiago de Cali**

**FACTORES QUE INCIDEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN UN HOGAR INFANTIL DE LA CIUDAD DE CALI EN EL
PERIODO 2018B**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

INTEGRANTES:

**LLANTÉN CARDONA HEIDY THALIA
PEREZ QUINTERO HAROLD STIVE
PRIETO VELASCO RAQUEL MELISSA**

Tutora:

Luz Adriana Meneses Urrea



**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI .
FACULTAD DE SALUD, PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NOVENO SEMESTRE
Santiago de Cali**

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	5
2. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
3. JUSTIFICACIÓN.....	9
4. OBJETIVOS.....	10
4.1 General	10
4.2 Específicos.....	10
5. MARCOS	11
5.1 Marco Conceptual.....	11
5.2 Marco Teórico	13
5.2.1 Generalidades.....	13
5.2.2 Anatomía de la mama.....	13
5.2.3 Fisiología de la mama en la lactancia.....	14
5.2.4 Contraindicaciones	15
5.2.5 Complicaciones de la lactancia materna.....	16
5.2.6 Posiciones y agarre.....	17
5.2.7 Beneficios de la lactancia materna.....	19
5.2.8 Señales de hambre del lactante	20
5.2.9 Consecuencias de una lactancia inapropiada	21
5.2.10 Cuidados de la mama durante la lactancia	21
5.2.11 Cuidados del pezón.....	22
5.2.12 Consejos para el día a día	22
5.2.13 Bien por los masajes.....	22
5.2.14 Rol de la enfermería en la lactancia materna.....	22
5.2.15 Factores asociados al abandono de la lactancia materna.....	23
5.2.2 Marco Ético	23
5.2.3 Internacional	23
5.2.4 Nacional	25

5.3 Marco Legal/Disciplinar	27
5.3.1 Nacional	27
5.4 Marco Contextual.....	28
6. METODOLOGÍA Y/O MATERIALES Y MÉTODOS	29
6.1 Diseño y Tipo de Estudio.....	29
6.2 Población y/o Universo	29
6.3 Muestra.....	29
6.3.1 Tipo de Muestra.....	29
6.4 Criterios de Selección	29
6.4.1 Criterios de Inclusión.....	29
6.4.2 Criterios de Exclusión.....	29
6.5 Variables.....	30
6.5.1 Cuadro de Operacionalización de Variables.....	30
6.6 Recolección de la Información.....	34
6.6.1 Instrumento.....	34
6.6.2 Fases del Proceso Investigativo	35
6.6.3 Plan de Análisis.....	35
6.7 Consideraciones Éticas	35
6.8 Cronograma	36
6.9 Presupuesto.....	36
7. RESULTADOS.....	37
8. DISCUSIÓN	45
9. RECOMENDACIONES	49
10. CONCLUSIONES	50
11. BIBLIOGRAFÍA	51
12. ANEXOS.....	56
12.1 Consentimiento Informado	56
12.2 Instrumento (Encuesta).....	58

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna como la ingesta de leche materna, lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno, la lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie. **(1)**

En estudios se ha demostrado que la lactancia materna (LM) confiere beneficios al lactante. En los que se encuentran aumento del coeficiente intelectual, disminución de síndrome de muerte súbita, enfermedades respiratorias, obesidad y diabetes mellitus, entre otros.

Se calcula que todos los años se podrían salvar 1,5 millones de vidas si se alimentara a los lactantes de acuerdo con las prácticas recomendadas de lactancia materna. Las investigaciones realizadas también han permitido observar una relación entre la duración de la lactancia materna y la reducción del riesgo de obesidad infantil y enfermedades cardiovasculares en fases posteriores de la vida. **(2)**

La OMS recomienda lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses. De acuerdo con boletín publicado en el año 2017 por este organismo, solo el 40% de los niños menores de 6 meses reciben leche materna exclusiva a pesar de que la lactancia materna es la estrategia más efectiva para combatir la morbilidad y mortalidad en el niño menor de dos años, por eso todos los países donde se presentan cifras altas de abandono prematuro, lo han catalogado como una práctica de interés social y de primera necesidad, creando estrategias para fortalecer dicha práctica. **(3)**

De acuerdo a estudio en Latinoamérica del años 2013 “Motivos del abandono de la lactancia materna en Latinoamérica” refiere que los factores de riesgo para el abandono de la lactancia materna varían ampliamente entre territorios y contextos; entre los factores se encuentran la edad, la clase social, el grado de instrucción, el estado civil, el contar o no con un trabajo remunerado, el uso de alcohol, el tabaquismo, la primiparidad, la intención previa de alimentar con fórmula, la deficiencia en el control prenatal, el haber recibido información contradictoria, la vía de parto, el retraso en el contacto piel a piel, un inicio tardío de la LM, el uso de fórmula en el hospital previo al alta, hospitalizaciones del recién nacido, el soporte

familiar y del entorno inmediato, así como los problemas con la mama y/o el pezón. **(4)**

Es por ello por lo que esta investigación tendrá como objeto la identificación de los factores que inciden en el abandono de la lactancia materna exclusiva, con ese fin se aplicará una encuesta a las madres de niños que no superen los 2 años de un jardín infantil en Cali, durante el 2018.

Con los datos obtenidos se evidenciarán los factores que inciden para que las madres decidan abandonar la lactancia materna exclusiva, para que, de esta forma, los diferentes actores del sistema involucrados con las políticas de atención integral de los infantes realicen intervenciones específicas y se logre aumentar la cobertura de la LME.

2. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna exclusiva es una práctica costo- efectiva sin embargo las cifras del porcentaje de lactancia materna exclusiva no son alentadoras. Según Unicef en el 2016 solo un 43% (2 de cada 5) niños continúan recibiendo lactancia materna exclusiva. Las mayores tasas las presentan los países del Sur de Asia con un porcentaje de LME del 60%, seguidos por el Este y Sur de África con un 57%. Muy preocupante resulta el hecho de que en muchas regiones, este porcentaje es sólo del 30% **(5)**. Sin embargo, se tiene que en Colombia solo uno de cada tres niños menores de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva, lo que representa apenas el 36,1 por ciento de la población infantil en este rango de edad.

Las regiones del país que más se aproximaron a la recomendación internacional de lactancia materna exclusiva es la Amazonía y Orinoquia con una mediana de 2.9 meses **(6)**. A pesar de que se viene hablando de las normas legales, campañas; no se logra aumentar las cifras de lactancia materna exclusiva hasta 6 meses demostrando así que las madres dejan de lado la importancia de la lactancia materna, olvidándose de los beneficios y las complicaciones que traen a mediano, largo plazo tanto para la madre y el niño.

Según los datos del informe Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), para el año 2005, la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses llegaba al 46,9%, mientras que para el 2015 bajó al 36,1%, lo cual significó una reducción del 10,8%. Demostrándose así que las madres colombianas están dejando de lactar a sus bebés y que aún se está lejos de las metas fijada por la OMS de una tasa anual del 50%.

En Cali, el porcentaje de Lactancia materna exclusiva en la primera hora de nacido vivo fue del 82% en el 2017 y del 83% en lo corrido de este año; cifras que demuestran que en el municipio se está trabajando para lograr impactos en lo consignado dentro del Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 – 2020, como lo es la disminución de la mortalidad infantil evitable por desnutrición” Afirmó Alexander Durán, Secretario de Salud de Cali. **(7)**

Situándose en la cuarta ciudad de Colombia, se cuenta con la siguiente estadística: la lactancia materna exclusiva (hasta el sexto mes de vida) arroja un porcentaje de 25.3% **(8)**, manteniendo aun una cifra baja, debido a esto surge el

siguiente interrogante: ¿cuáles son los factores que inciden en el abandono de la lactancia materna exclusiva?, tomando como referencia una Institución de Primera Infancia de la ciudad de Cali durante el 2018.

3. JUSTIFICACIÓN

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), y por el mismo gobierno, por lo que se crea en primera instancia la estrategia Instituciones Amiga De La Mujer y de La Infancia (IAM) y posteriormente el Plan Decenal De Lactancia Materna Exclusiva entre el 2010 y el 2020, brindando acompañamiento durante el embarazo y los primeros seis meses de vida, buscando elevar la cifra de madres que deciden amamantar de manera exclusiva y a libre demanda.

En el rol de enfermería se tendrán unos beneficios al poder aplicar los conocimientos obtenidos durante los años de formación para incentivar y motivar a las futuras madres y/o lactantes a que apliquen o continúen con esta práctica para crear conciencia de que los principales beneficiados son los niños. De igual forma, la universidad se beneficiaría obteniendo más experticia sobre el tema basándose en este proyecto para brindar a los futuros estudiantes 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 trabajado, implementándose solo desde el año 2010 como ley fundamental del sistema de salud; y los beneficios que se pretenden aportar a la sociedad son concientizar y devaluar mitos sobre la lactancia materna, tratando de erradicar por completo el abandono prematuro de dicha práctica.

4. OBJETIVOS

4.1 General

Identificar los factores que inciden en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres de un jardín infantil de la ciudad de Cali durante el periodo 2018B.

4.2 Específicos

- Caracterizar socio demográficamente las madres del Jardín Infantil.
- Determinar la duración de lactancia materna exclusiva en las madres de la Institución de primera Infancia.
- Categorizar los factores que inciden en el abandono de la lactancia materna exclusiva.

5. MARCOS

5.1 Marco Conceptual

- Tubérculos de Montgomery: Son glándulas sebáceas que se comunican con la piel de la areola por pequeños orificios. Durante el embarazo, estas aumentan su tamaño tomando ocasionalmente un aspecto verrugoso que persiste durante la lactancia. Estas segregan una sustancia que lubrica y protege los pezones y la areola durante este período. Finalizada la lactancia, estas glándulas retoman su tamaño anterior. **(9)**
- VIH: Es el virus de inmunodeficiencia humana. El VIH es un retrovirus, o sea un tipo de virus que difiere de otros virus por su forma especial de multiplicación. el virus invade algunas células del sistema inmunitario, de las que destruye el material genético, causando un daño irreversible. todos los líquidos orgánicos contienen esas células, cuya concentración es comparativamente elevada en la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. **(10)**
- Ciprofloxacino: Es un medicamento antibiótico que se usa para tratar o prevenir ciertas infecciones causadas por bacterias como la neumonía; gonorrea (una enfermedad de transmisión sexual); fiebre tifoidea (una infección grave que es común en los países en desarrollo); diarrea infecciosa (infecciones que ocasionan una diarrea intensa); e infecciones de la piel; de los huesos; articulaciones; abdomen (área del estómago) y próstata (glándula reproductiva masculina). **(11)**
- Tetraciclina: La tetraciclina se usa para tratar las infecciones causadas por bacterias incluidas la neumonía y otras infecciones del tracto respiratorio; algunas infecciones de la piel, de los ojos, del sistema linfático, del aparato digestivo, del aparato reproductor y del sistema urinario; y algunas otras infecciones que se propagan a través de garrapatas, piojos, ácaros y animales infectados. También se usa con otros medicamentos para tratar el acné. **(12)**
- Cloranfenicol: Solución oftálmica. Antibiótico de amplio espectro. La solución oftálmica está indicada en procesos infecciosos oculares como conjuntivitis, queratitis no herpética, iritis, etc. **(13)**
- Metronidazol: Es un antibiótico el cual elimina las bacterias y los microorganismos de otro tipo que causan infecciones en el área del sistema reproductivo, aparato digestivo, piel, vagina y en otras partes del cuerpo. **(14)**

- **Anemia:** Es un trastorno de la sangre. La sangre es un líquido esencial para la vida que el corazón bombea constantemente por todo el cuerpo a través de las venas y las arterias. Cuando hay algo malo en la sangre, puede afectar la salud y la calidad de vida. Hay muchos tipos de anemia, los cuales tienen relación con diversas enfermedades y problemas de salud. La anemia puede afectar a personas de todas las edades, razas y grupos étnicos. Algunos tipos de anemia son muy comunes y otros son muy raros. Unos son muy leves y otros son graves o incluso mortales si no se hace un tratamiento enérgico. Lo bueno es que a menudo la anemia se puede tratar con éxito y hasta prevenir. **(15)**
- **Cardiopatía:** Es un estrechamiento de los pequeños vasos sanguíneos que suministran sangre y oxígeno al corazón. Esta enfermedad también se denomina arteriopatía coronaria. **(16)**
- **Diabetes:** La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos. La glucosa proviene de los alimentos que consume. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa entre a las células para suministrarles energía. En la diabetes tipo 1, el cuerpo no produce insulina. En la diabetes tipo 2, la más común, el cuerpo no produce o no usa la insulina de manera adecuada. Sin suficiente insulina, la glucosa permanece en la sangre. **(17)**
- **Hipertensión:** La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea por encima de los límites sobre los cuales aumenta el riesgo cardiovascular. **(18)**
- **Obesidad:** La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible, la cual se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; es decir, cuando la reserva natural de energía de los humanos (almacenada en forma de grasa corporal) se incrementa hasta un punto en que pone en riesgo la salud o la vida. El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción humana en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. **(19)**
- **Péndulas:** Colgante, suspendido, oscilante. **(20)**
- **UNICEF:** Significa Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en inglés United Nations Children's Fund, y es un organismo de la Organización de las Naciones Unidas. UNICEF tiene como

objetivo promover la defensa de los derechos de los niños, suplir sus necesidades básicas y contribuir a su desarrollo. **(21)**

5.2 Marco Teórico

5.2.1 Generalidades

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. **(22)**

Las mamas se presentan como una pareja de órganos glandulares situados en la parte media del tórax. Constituyen el órgano característico de los mamíferos. **(23)**

5.2.2 Anatomía de la mama

- **Musculo pectoral:** Prácticamente toda la inervación, la circulación y el drenaje linfático que reciben las mamas, atraviesan o están en relación directa con este músculo. Según sea el estado del Pectoral (de contracción y tensión, o bien de flexibilidad y relajación), estos sistemas estarán más o menos comprimidos, y su función condicionada.
- **Tejido adiposo:** Internamente la mama posee gran cantidad de tejido adiposo, que la constituye en un 90% dándole forma abultada.
- **Ligamentos suspensorios:** La mama se mantiene en su posición por el ligamento suspensorio de Cooper, que es una fascia fibrosa que discurre entre la piel hasta la aponeurosis del pectoral mayor transversalmente proporcionando un armazón fibroso que sostiene a los lóbulos mamarios.
- **Lóbulos y lobulillos con los alveolos:** Son las glándulas que elaboran la leche.
- **Conducto lactífero:** También llamado conducto mamario o galactóforo, es uno de los numerosos conductos que transportan leche desde los lóbulos mamarios al pezón.
- **Areola:** La areola es la parte de la piel más oscura presente en el pecho, que rodea el pezón, está recubierta por algunas glándulas areolares que protegen el seno contra las infecciones y la deshidratación, también contiene un músculo que permite la erección del pezón.
- **Pezón:** es una protuberancia pequeña en la parte más o menos central del seno o mama que contiene entre 15 y 20 conductos lácteos dispuestos

alrededor del mismo, rodeada de un área de piel sensible, con una pigmentación más oscura conocida como areola, su finalidad fisiológica en la mujer es la de abastecer al lactante de la leche que va produciendo las glándulas mamarias durante el embarazo y la edad de amamantamiento del infante. El pezón común se refiere a los que sobresalen unos cuantos milímetros y se alargan cuando hace frío o si son estimulados. Los pezones de tipo planos no sobresalen de la areola, pero sí se levantan un poco con los cambios de temperatura o la estimulación; y el pezón denominado invertido son los que se refieren a parecer un huequito en lugar de un cuponcito puedes tener los pezones invertidos. **(24)**

- Senos lactíferos: Bajo la areola se ubican las dilataciones de los conductos galactóforos llamadas senos lactíferos, que acumulan leche y el bebé debe exprimir al mamar. **(25)**
- Tubérculos de Montgomery: Son glándulas sebáceas que se comunican con la piel de la areola por pequeños orificios. Durante el embarazo, estas aumentan su tamaño tomando ocasionalmente un aspecto verrugoso que persiste durante la lactancia. Estas segregan una sustancia que lubrica y protege los pezones y la areola durante este período. Finalizada la lactancia, estas glándulas retoman su tamaño anterior. **(26)**

5.2.3 Fisiología de la mama en la lactancia

La lactación o producción de leche es inhibida durante el embarazo por los altos contenidos de estrógenos y progesterona circulantes en la sangre. Aunque estos contenidos determinan el crecimiento de las mamas, inhiben la actividad de la glándula láctea.

El estímulo desencadenante de la producción de leche es la rápida disminución de estrógenos y progesterona después del parto, permitiendo así a la prolactina, que es liberada por el lóbulo anterior de la hipófisis, convertirse en la hormona dominante alrededor del 3º día después del parto. Bajo la influencia de la prolactina se forman pequeños glóbulos de leche dentro de los alveolos que pasan, a través de la membrana celular, a los conductos galactóforos y de ahí al pezón, de donde el niño extrae la leche al mamar. Cuando el niño succiona se libera oxitocina del lóbulo posterior de la hipófisis. Esta hormona provoca la contracción de las células mioepiteliales que existen en las paredes de los conductos galactóforos o mamarios. **(27)**

Esta secuencia de acontecimientos se produce fisiológicamente después del parto, pero la lactancia es mantenida por el estímulo de succión y vaciamiento. A medida que el niño succiona, los estímulos sensitivos hacen que se libere más

oxitocina, apareciendo la eyección de leche alrededor del 3º día (reflejo incondicionado). La oxitocina estimula la producción de prolactina, la cual promueve la secreción de leche para la siguiente toma. Una vez que la acción hormonal pone en marcha la secreción de leche, la mama mantiene su funcionamiento como un órgano capaz de autorregularse en la producción de leche (a mayor vaciamiento, mayor secreción). **(28)**

La producción diaria de leche aumenta en el curso de los primeros días de puerperio, alcanzando alrededor de 15-20 días la cantidad de 500-700ml. Durante la lactancia, la dieta de la madre necesita un ingreso calórico adicional de 800-1000cal/día.

Es recomendable dar de mamar al niño cuanto antes, para favorecer el reflejo de succión. Lo normal es que el niño imponga un horario, mamando normalmente cada 3 horas y ampliando el intervalo poco a poco para descansar unas 6-7 horas por la noche.

5.2.4 Contraindicaciones

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 lactasa. La infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye una contraindicación para la lactancia en países desarrollados en los que se dispone de medios adecuados para la alimentación con sucedáneos. **(29)**

Tampoco deben lactar a sus hijos las madres que estén infectadas por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV tipo 1 o 2) ya que se ha demostrado, como con el VIH, su transmisión a través de la LM. Otras situaciones relacionadas con enfermedades maternas o del lactante requieren de una valoración individualizada. A este respecto debemos señalar que la LM no está contraindicada en los hijos de madres con hepatitis A, B o C. En las hepatitis A y B se debe indicar la profilaxis adecuada para evitar la transmisión de la infección. **(30)**

- Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) Se ha demostrado la transmisión del VIH tipo 1 por la leche materna.
- Infección por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV-1): Este virus causa la leucemia/linfoma de células T del adulto y una mielopatía crónica que se manifiesta por espasticidad o debilidad de las extremidades

inferiores. Se ha demostrado la transmisión del HTLV-1 a través de la leche materna

- Galactosemia: La lactancia materna está contraindicada en los niños afectados de galactosemia, enfermedad metabólica que obedece a un déficit en alguna de las enzimas que participan en el metabolismo de la galactosa. La galactosa es necesaria para sintetizar glucolípidos y glucoproteínas complejas que forman parte del tejido cerebral. **(31)**
- En madres que consumen drogas de abuso como heroína, cocaína, anfetaminas, etc., que pueden pasar a la leche y que además ellas no están en condiciones óptimas, tampoco deben lactar a sus hijos.
- Tuberculosis activa no tratada.
- Herpes simple El virus del herpes simple.
- Cáncer de mama No hay ningún motivo para desaconsejar la lactancia a las mujeres que ya han tenido cáncer, aunque todas habrán recibido radioterapia si conservan la mama. Si se les ha hecho una mastectomía y no la conservan, también pueden lactar normalmente solo con un pecho, solo se puede suspender si hay fármacos contra el cáncer prescritos durante la gestación, pero existen otros que sí se pueden administrar. **(32)**
- Sífilis que es una infección producida por el Treponema Palidum y no se transmite por la lactancia materna, a menos que haya una lesión infecciosa presente en la mamá. Así que, si tuvo la infección y fue adecuadamente tratada con títulos bajos, no habría transmisión por la leche materna. **(33)**

También está contraindicada la lactancia materna cuando se está suministrando a la madre el siguiente medicamento:

- El cloranfenicol (puede ocasionar anemia hemolítica)

5.2.5 Complicaciones de la lactancia materna

Las principales complicaciones en la mama son las grietas en el pezón, congestión mamaria y mastitis. Según estudio: “La incidencia de estas patologías puede variar entre el 34% y el 96% y hasta un tercio de las madres que experimentan este tipo de complicaciones abandona la lactancia materna”.

- Grietas en el pezón:
Aparecen normalmente en los primeros días de inicio de la lactancia materna, ya que, madre e hijo, apenas se están acoplando en cuanto al agarre, a la succión y a la posición, el recién nacido, entonces, hiere el pezón con sus encías originando las grietas o pueden aparecer por la compresión del pezón contra el paladar duro.

- Congestión mamaria:
 “Se define como la inflamación y distensión de las mamas; suele aparecer entre el segundo y el quinto día postparto. Se relaciona con el cambio del calostro a leche más abundante y madura. Con frecuencia suele aparecer tras el transcurso de la lactancia, las madres suelen experimentar un aumento de volumen mamario bilateral, con calor, dolor o endurecimiento mamario.
 Se han identificado 5 variables relacionadas con la congestión mamaria:
 - ✓ Inicio tardío de la lactancia: se ha encontrado mayores niveles de congestión mamaria en mujeres sometidas a parto por cesárea que en mujeres sometidas a partos vaginales. Este hecho se ha relacionado con el retraso en el inicio de la lactancia de las mujeres sometidas a cesárea.
 - ✓ Mamadas infrecuentes e inefectivas.
 - ✓ Mamadas restringidas en el tiempo.”
- Mastitis:
 “Constituye la inflamación de la mama, que puede estar acompañada o no por infección. Se produce aproximadamente en un 5-33% de las mujeres que amamantan, siendo entre un 3 y 12% bilaterales (15,16). La clínica se caracteriza por dolor, eritema, induración y aumento del calor local en una zona de la mama, generalmente unilateral, cefalea, mialgias, compromiso del estado general y fiebre con escalofríos. Los gérmenes causales más frecuentes de la mastitis infecciosa son *S. aureus*, *E. Coli*, *Streptococcus sp* y *Haemophilus sp*.
 En la mayoría de los casos la mastitis es producida por una mala posición del lactante al pecho, que lesiona el pezón e impide el vaciado adecuado de la mama, lo que origina estasis intraductal, ingurgitación e inflamación y predispone a la infección.
 Es importante que el niño vacíe completa y alternadamente cada uno de los pechos para evitar el acúmulo de leche que puede ocasionar el desarrollo de una mastitis”. (34)

5.2.6 Posiciones y agarre

- “Posición del niño con la madre acostada. (Muy útil por la noche o en las cesáreas). Madre e hijo se acuestan en decúbito lateral, frente a frente y la cara del niño enfrentada al pecho y abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño sobre el antebrazo de la madre. Cabe aclarar, que en este

caso, la madre debe estar acompañada por el riesgo del ahogamiento del bebé.

- Posición tradicional o de cuna: La espalda de la madre debe de estar recta y los hombros relajados. El niño está recostado sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño toca el abdomen de la madre y su brazo inferior la abraza por el costado del tórax: La cabeza del niño en el antebrazo de la madre.
- Posición de cuna cruzada. (Útil para dar ambos pechos sin cambiar al niño de posición en casos en los que el bebé tenga predilección por uno de los dos pechos). Una variante de la anterior en la que la madre con la mano del mismo lado que amamanta, la coloca en posición de “U” y sujeta el pecho, la otra es para sujetar al bebé por la espalda y la nuca. Es necesario disponer de una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho.
- Posición de canasto, o de rugby. (Útil en caso de cesáreas, grietas y amamantamiento simultáneo de dos bebés). Colocamos al niño bajo el brazo del lado que va a amamantar, con su cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del bebé con la mano del lado que amamanta, sujetándolo por la nuca.
- Posición sentada. (Útil para niños hipotónicos, reflejo de eyección exagerado, grietas y mamas muy grandes). En ella el bebé se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o montado sobre el muslo de su madre. La madre sujeta el tronco del bebé con el antebrazo del lado que amamanta.
- Posición sentada. La madre se coloca con la espalda recta, hombros relajados y un taburete o reposapiés para evitar la orientación de los muslos hacia abajo. El bebé mirando a la madre y barriga con barriga, colocando una almohada o cojín debajo para acercarlo al pecho de la madre, si fuera necesario (no el pecho al bebé).
 - ✓ Sea cual sea la posición para adoptar la cabeza del niño tiene que estar alineada con el pecho de la madre, su boca de frente a la altura del pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello.
 - ✓ Si los labios y la lengua están bien, el bebé mamará correctamente en cualquier posición. La boca del bebé tiene que estar muy abierta, ambos labios evertidos, areola dentro de la boca del bebé, el pezón cerca del labio superior pues así deja espacio para que la lengua se

situé entre la areola y el labio inferior, ya que el niño mama apretando la lengua hacia arriba y hacia sí.

- ✓ Normalmente se nota que el bebé "trabaja" con la mandíbula, cuyo movimiento rítmico se extiende hasta sus orejas y sienes, y que sus mejillas no se hundan hacia adentro, sino que se ven redondeadas. Cuando el bebé succiona de esta manera la madre no siente dolor ni siquiera cuando tiene grietas.
 - ✓ SIGNOS DE MAL POSICIÓN.
 - Hundimiento de las mejillas, en este caso el niño no está mamando, está succionando.
 - Dolor y grietas en el pezón debido a la fricción y aumento de la presión por la succión.
 - El niño mama durante mucho tiempo, hace tomas muy frecuentes y casi sin interrupción.
 - Traga aire y hace ruido al tragar.
 - Se produce regurgitación, vómito y cólico con frecuencia.
 - Presencia excesiva de gases: en forma de eructo por el aire tragado y los que se forman en el colon por fermentación de la lactosa y son expulsados por el ano.
 - Ingurgitación frecuente. Con esto la producción de leche aumenta y la ingesta del bebé es mayor en proteínas y lactosa, puesto que la capacidad del estómago está limitada impide que el niño tome la leche de la final rica en grasas y que sacia al bebé, por lo que se queda con hambre a pesar de haber comido. Se atraganta con el chorro de leche que sale desesperado por la "bajada" de leche.
 - Irritación de las nalgas por la acidez de las heces.
 - El bebé pasa el día lloroso e intranquilo. A veces se pelea con el pecho, lo muerde, lo estira y lo suelta llorando.
 - La madre está agotada.
- Aparece dolor en el pezón, el bebé no suelta espontáneamente el pecho y la frecuencia de las tomas al día es de 15 veces y más de 15 minutos." (35)

5.2.7 Beneficios de la lactancia materna

5.2.7.1 Para el niño(a)

- Protección frente a:
 - ✓ Enterocolitis.
 - ✓ Síndrome de muerte súbita.
 - ✓ Tipos de cáncer en la infancia.

✓ Enfermedades futuras como alergias, obesidad, enfermedades inmunitarias, asma, algunos cánceres de la edad adulta, infarto de miocardio, arterioesclerosis.

- Incrementa la absorción de hierro, lo que disminuye la probabilidad de anemia.
- Disminuye la alergia alimentaria frente a otros alimentos.
- Favorece el desarrollo intelectual y el binomio madre e hijo.
- Disminuye la contaminación bacteriana, porque representa menos manipulación para su preparación.

5.2.7.2 Para la madre

- Acelera la recuperación del útero y protege frente a la anemia después del parto.
- Favorece la recuperación del peso habitual.
- Incrementa el vínculo psicológico entre madre e hijo.
- Menor incidencia de cáncer de mama, ovario y útero.
- Induce a la relajación materna gracias a las hormonas que se segregan durante el amamantamiento.
- Mejora la autoestima materna.
- Disminuye el riesgo de artritis reumatoide.
- Disminuye la incidencia de osteoporosis y fractura de cadera en edad avanzada. **(36)**

5.2.7.3 Para la sociedad

- Disminución del gasto del estado en fórmulas lácteas.
- Menor costo neto de los alimentos familiares.
- Menores costos generales en el cuidado de la salud.
- La lactancia materna es un alimento “natural y renovable”, medioambientalmente amigable y seguro, el cual es producido y entregado directamente al consumidor sin contaminación, empaque o basura asociada. **(37)**

5.2.8 Señales de hambre del lactante

- Mueve, lame o relame sus labios o hace sonidos de succión.
- Abre la boca cuando se le toca su barbilla o labios y busca por el pezón
- Pone los dedos o puño en su boca, o se chupa los dedos.
- Retuerce o mueve sus brazos y piernas
- Lloro o está inquieto
- Movimientos corporales agitados **(38)**

5.2.9 Consecuencias de una lactancia inapropiada

Al no tener una buena práctica de lactancia como está recomendada dar durante los 6 primeros meses de vida y complementada con otros alimentos hasta los 2 años, esto trae una serie de complicaciones en el recién nacido como es que padezcan de enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias y de oído, alergias, anemia o que desarrollen enfermedades crónicas que afecten su vida más adelante, como lo puede ser una cardiopatía, diabetes tipo 2, hipertensión u obesidad.

Por lo tanto, la lactancia inapropiada trae otra serie de consecuencias ya que la ausencia de lactancia materna aumenta los riesgos sobre la salud dental del recién nacido, entre ellos se alteran la función succión- deglución –respiración, al no haber un desarrollo adecuado de la musculatura. También interfiere en la maduración de futuras funciones orales aumentando el riesgo de deglución atípica, respiración oral, disfunción masticatoria, dificultades en la fonoarticulación del lenguaje, etc. Otra de las causas de una lactancia inapropiada es que tienen riesgo de mal oclusión dental, en especial mordida abierta. **(39)**

Al igual que los problemas prevalentes en la infancia, prácticas inadecuadas de la lactancia materna como medida de intervención, entre ellas la iniciación precoz de la leche entera, pueden conducir a su fracaso, con consecuencias nutricionales e inmunológicas para los niños. Estas prácticas, las cuales suelen repetirse a través de generaciones, se pueden convertir en factores de riesgo. Teniendo en cuenta la clara asociación de la mortalidad y la gravedad de las enfermedades infecciosas con la desnutrición, es urgente intervenir con la implementación de las prácticas clave relacionadas con el estado nutricional, entre las cuales la lactancia ocupa el papel más importante en los primeros seis meses de vida y continúa siendo necesaria hasta los dos años. Previo a la intervención, se necesita hacer un diagnóstico de la situación de la lactancia, razón por la cual es el objeto de identificar las características relacionadas con la lactancia materna exclusiva y con el inicio precoz de la leche entera.

5.2.10 Cuidados de la mama durante la lactancia

Desde el embarazo, el cuerpo empieza a prepararse para la lactancia. De hecho, los cambios en los pechos son uno de los primeros síntomas de embarazo que notan muchas mujeres. Y durante la gestación ya se puede empezar a cuidarse en concreto, hidratando esta zona con cremas o aceites específicos.

Así se dará al pecho la elasticidad extra que va a necesitar a medida que aumente de tamaño y ésta será la mejor arma contra las estrías. Eso sí, cuando se haga, evita el uso de jabones y cremas en la zona del pezón, porque podrían irritarlo, Además, el aire y el sol (nunca en exposición directa) serán una buena prevención para las temidas grietas.

5.2.11 Cuidados del pezón

Al iniciar la lactancia es normal que se sientan los senos doloridos y tensos. Les pasa a casi todas las mujeres y no indica ningún problema. Pero si este dolor aumenta en intensidad, notas quemazón o se prolonga más de una semana, podría haber una infección u otro problema que requeriría su correspondiente tratamiento.

El pezón es una de las partes que más se deben cuidar. Uno de los mejores cuidados, es adquirir la costumbre de humedecerlo con la leche cada vez que se acabe de dar el pecho y después dejarlo secar al aire libre. La leche materna tiene múltiples propiedades antiinfecciosas y antiinflamatorias y será una excelente prevención contra las grietas.

Otro cuidado básico para evitar lesiones es aprender a separar a tu hijo del pezón cuando acaba de mamar: se debe hacer metiendo tu dedo meñique en la boca del niño con suavidad, entre sus mandíbulas, y esperando a que pare de succionar para separarlo del pecho.

5.2.12 Consejos para el día a día

La higiene, por supuesto, es importante, pero no por dar el pecho tiene que extremarse, con una ducha diaria es suficiente. Si se lava el pezón demasiado a menudo se puede ablandar y eso empeoraría las grietas. No hay que lavar el pecho antes y después de dar de mamar, pero sí es recomendable lavar las manos antes y después, para evitar infecciones.

5.2.13 Beneficios de los masajes

Los masajes suaves en los senos son de gran ayuda para prevenir la congestión mamaria. La manera correcta de hacerlos es presionando el pecho con las yemas de los dedos, sin apretar demasiado. El movimiento, siempre desde arriba hacia la areola, en pequeños círculos (no deslizando la mano). Se puede incluso dar los masajes mientras se esté amamantando, así ayuda a que fluya la leche. **(40)**

5.2.14 Rol de la enfermería en la lactancia materna

- Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención en salud.

- Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política. **(41)**

5.2.15 Factores asociados al abandono de la lactancia materna

Según una revisión bibliográfica realizada en España, existen diez principales factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna, estos son:

1. Escaso apoyo familiar.
2. Primípara.
3. Madre joven.
4. Suplemento, suero y/o uso de chupete.
5. Fracaso de amamantamiento anterior.
6. Parto por cesárea.
7. Prematuridad y/o bajo peso del recién nacido.
8. Bajo nivel de estudios de la madre.
9. Trabajo.
10. Tabaquismo. **(42)**

5.2.2 Marco Ético

5.2.3 Internacional

5.2.3.1 Declaración de Helsinki de la AMM

La Asociación Médica Mundial (AMM) instauró unos principios aplicables a toda investigación médica en humanos, los cuales deben ser cumplidos por el personal médico y por los demás involucrados en este tipo de investigaciones. Dentro de estos principios está muy claro que es deber del investigador cuidar, proteger y mantener la vida, la salud, la dignidad, la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de los seres humanos participantes, acatando así, su conocimiento y de más a ese deber. De otro lado, deja por manifiesto que es importante realizar investigaciones en el área médica ya que esto conlleva a dominar las enfermedades (existentes y las que se van presentando al pasar de los tiempos), sus causas, su evolución y sus efectos, mejorando de esa manera, las intervenciones, los diagnósticos y las terapias pertinentes; al mismo tiempo genera nuevos conocimientos, aun así, todo lo anteriormente dicho, no debe tener prioridad ante los derechos e intereses de las personas que participan en la investigación. Esta declaración también protege el medio ambiente, alegando que toda investigación médica debe realizarse de tal manera que reduzca al mínimo el daño hacia este.

En definitiva, esta declaración autorregula al personal de salud en lo relativo a la investigación, con dos preceptos básicos: respeto y bienestar. **(43)**

5.2.3.2 CIOMS

El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) fundó desde el año 1982 pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Estas pautas son muy claras: El investigador y el personal de la investigación deben ser competentes, debe haber una evaluación ética por parte del comité de ética, debe existir un consentimiento informado en el cual se le explique al “paciente” todos los pros y los contras de la investigación y dejar bien claro que pueden retirarse cuando así lo deseen; en el caso de que la persona a investigar sea menor de edad o tenga algún tipo de discapacidad para tomar sus propias decisiones, deberá contar con una persona adulta que vele por la seguridad y la protección del paciente. Afirma también que toda persona que participe en la investigación tiene derecho a recibir ganancias, costos de viaje y otros gastos que tengan que ver con la investigación, al igual que contar con servicios médicos gratuitos. Los beneficios y los riesgos deben estar balanceados, minimizando en lo que más se puedan los riesgos. **(44)**

En resumen, el propósito fundamental de estas pautas creadas por el CIOMS es “indicar el modo en que los principios éticos que debieran guiar la conducta de la investigación biomédica en seres humanos, establecidos por la Declaración de Helsinki, podían ser *aplicados en forma efectiva*, especialmente en países en desarrollo, considerando sus circunstancias socioeconómicas, sus leyes y regulaciones, así como sus disposiciones ejecutivas y administrativas” **(45)**

Estas pautas son:

1. Justificación ética y validez científica de la investigación bioética en seres humanos.
2. Comités de evaluación ética.
3. Evaluación ética de la investigación patrocinada.
4. Consentimiento informado individual.
5. Obtención del consentimiento informado: Información especial para potenciales sujetos de investigación.
6. Obtención del consentimiento informado: Obligaciones de patrocinadores e investigaciones.
7. Incentivos para participar en una investigación.
8. Beneficios y riesgos de participar en un estudio.
9. Limitaciones especiales del riesgo cuando se investiga en individuos incapaces de dar consentimiento informado.
10. Investigación en poblaciones y comunidades con recursos limitados.

11. Elección del control en ensayos clínicos.
12. Distribución equitativa de cargas y beneficios en la selección de grupos de sujetos en la investigación.
13. Investigación en que participan personas vulnerables.
14. Investigación en que participan niños.
15. Investigación en que participan individuos cuyos trastornos mentales o conductuales los incapacitan para dar adecuadamente consentimiento informado.
16. Las mujeres como sujetos de investigación.
17. Mujeres embarazadas como sujetos de investigación.
18. Protección de la confidencialidad.
19. Derecho a tratamiento y compensación de sujetos perjudicados.
20. Fortalecimiento de la capacidad de evaluación ética y científica y de la investigación biomédica.
21. Obligación ética de los patrocinadores externos de proporcionar servicios para la atención de salud. **(44)**

5.2.4 Nacional

5.2.4.1 Resolución 8430 de 1993

Se establecen las condiciones científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, basadas en el decreto 2164 de 1992 y la ley 10 de 1990.

Disposiciones generales:

- Artículo 1: Establece los requisitos para desarrollar la actividad investigativa en salud.
- Artículo 2: Las instituciones de investigación en salud con seres humanos, deberán contar con un comité de ética de investigación.
- Artículo 3: Las instituciones de investigación en salud con seres humanos, deben elaborar un manual con los procedimientos en el cual tengan las normas de este artículo.
- Artículo 4: La investigación en salud debe contribuir a lo siguiente:
 - ✓ Procesos biológicos y sociológicos en seres humanos.
 - ✓ Causas de enfermedades y estructuras sociales.
 - ✓ Prevención y control de los aspectos de salud.
 - ✓ Conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente.
 - ✓ Estudio de métodos y técnicas que se empleen para la prestación de servicios en salud.

✓ Producción de insumos para la salud.

- Esta resolución hace referencia de que en toda investigación con seres humanos debe prevalecer la dignidad y la protección a sus derechos y a su bienestar.
- La investigación con seres humanos con los principios científicos y éticos que justifiquen la labor y debe fundamentarse la experimentación previa tanto con animales, como en laboratorios u otros hechos científicos.
- Se debe contar con el consentimiento informado por escrito de la persona que va a participar.
- Debe prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente todos los riesgos mínimos de la investigación.
- Investigación sin riesgo: Se manejan técnicas y métodos que ya han sido utilizados y que no requieren de ninguna modificación intencionada tanto en variables biológicas como en sociales y psicológicas de las personas.
- Investigación con riesgo mínimo: Son estudios enfocados en el futuro donde se recolecta información a través de procedimientos como exámenes psicológicos que determinan algún diagnóstico o exámenes físicos rutinarios.
- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: La probabilidad de afectar el sujeto es significativa, dentro de estas se consideran aquellas técnicas invasivas como estudios radiológicos, procedimientos quirúrgicos o con medicamentos.
- Las investigaciones en comunidades deben tener garantizado los beneficios razonables y así mismo debe haber estudios anteriores que determinen la ausencia de todo riesgo.
- Los investigadores principales deberán tener la aprobación de autoridades de salud y de otras autoridades civiles para ejecutar la investigación.
- Al realizar investigaciones en menores de edad o en personas en condición de discapacidad se debe garantizar que se hayan realizado estudios previos con mayores de edad, excepto los estudios de neonatales y procedimientos específicos. Se debe tener el consentimiento informado del representante legal.
- Para la investigación en mujeres en embarazo, durante el trabajo de parto o lactancia, así mismo en la utilización de embriones, óvulos o fetos; debe contar con el consentimiento informado tanto de la mujer como de su compañero. Deben contar con estudios previos realizados a mujeres no embarazadas.

- Para la investigación en grupos subordinados (estudiantes, trabajadores de hospitales y laboratorios, miembros de la fuerza armada e internos de reclusorios) deberán participar uno o más miembros de la población dentro del comité de ética e investigación con tal fin de representar los valores culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilarlos.
- En la investigación con órganos, tejidos y cadáveres humanos se deberá respetar los cadáveres humanos y las disposiciones del presente reglamento además de las normas relacionadas con la disposición de estos. **(46)**

5.3 Marco Legal/Disciplinar

5.3.1 Nacional

5.3.1.1 Plan decenal de la lactancia materna

Tanto la experiencia nacional y la internacional muestran que se requieren instrumentos ordenados de política pública que sustenten la gestión de acciones concertadas, coordinadas, con alta efectividad y valor público. La lactancia materna es una de ellas, y necesita un enfoque especial, dadas sus especificidades y potentes aportes a la calidad de vida de los recién nacidos.

Colombia cuenta con múltiples desarrollos de política pública relacionados con la infancia, la alimentación, la salud, la familia, entre otros, que no se armonizan adecuadamente y que, dadas sus complejidades, van dejando de lado temas tan relevantes como la lactancia materna. La efectividad de la actuación pública, orientada al goce efectivo de derechos y mejoras concretas en la calidad de vida de las poblaciones, se sustenta en planes de acción que ejecutan las políticas públicas, que organizan y gestionan acciones específicas, que dan sostenibilidad y que aglutinan esfuerzos con base en los mandatos institucionales y sociales involucrados y desarrollan mecanismos de seguimiento y evaluación que señalen logros y limitantes. El comportamiento actual de indicadores como hambre, pobreza, mortalidad, morbilidad, condiciones de vida de los niños y las niñas y de las mujeres, aunado a los resultados en los índices de lactancia y las prácticas sociales que la acompañan, demuestran la necesidad de establecer una acción que, de forma sistemática, los transforme estructuralmente.

5.3.1.2 ¿Para qué un Plan Decenal de Lactancia Materna?

El Plan se constituye en un instrumento orientado a fines sociales de marcado interés para el conjunto de la sociedad. Se espera que con la gestión efectiva del Plan se logre en Colombia:

- El mejoramiento significativo de los índices de la lactancia (iniciación, exclusividad y duración).
- Transformaciones en las prácticas sociales relacionadas con la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada de los menores de dos años.
- La institucionalidad con capacidades efectivas de promoción, apoyo y protección de la lactancia materna y la adecuada alimentación de niños y niñas.
- Amplio compromiso social.
- Aportes concretos a mejores condiciones de calidad de vida de cualquier sujeto que entre en relación con la práctica adecuada de la lactancia materna. **(47)**

5.3.1.3 Ley de salud en enfermería

Ley 911 del 2004 (octubre 5) Diario oficial No.45.693 de 6 de octubre 2004.

Esta ley fue implementada, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

Esta ley está decretada por una serie de principios y valores, del acto de cuidado donde se tiene en cuenta los derechos que tienen los pacientes y lo que debe hacer el personal de enfermería teniendo en cuenta una serie de reglas, normas, valores, y principios a la hora de realizar o ejercer la profesión. **(48)**

5.4 Marco Contextual

El Jardín Infantil Aprendamos Jugando se encuentra ubicado en la Carrera 7 u bis # 62 – 74 en el barrio Las Ceibas, fundado el 5 de septiembre del 2003, cuenta con 6 profesoras incluyendo a su directora y fundadora Luz Stella Hernández Díaz, y un total de 40 alumnos entre los 6 meses y los 4 años. Se manejan 2 jornadas de estudio, medio día, y jornada completa, en los cursos de materno, jardín, y transición.

6. METODOLOGÍA Y/O MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 Diseño y Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo cuantitativo puesto que la variable de lactancia materna tendrá una medición.

Teniendo en cuenta los objetivos de este estudio el nivel es descriptivo transversal, debido a que se medirán los factores del abandono de la lactancia materna en una población definida y en un punto específico de tiempo.

6.2 Población y/o Universo

Todas las madres con hijos menores de 2 años de un jardín infantil de la ciudad de Cali.

6.3 Muestra

6.3.1 Tipo de Muestra

Toda la población de madres con hijos menores de 2 años del Jardín Infantil Aprendamos Jugando.

6.4 Criterios de Selección

6.4.1 Criterios de Inclusión

- Madres con hijos (menores de 2 años) que estén matriculados en el Jardín Infantil Aprendamos Jugando.
- Madres con hijos (menores de 2 años) que asistan a clase en la jornada de la mañana.

6.4.2 Criterios de Exclusión

- Madres de hijos que tengan alguna discapacidad para ser amamantados (galactosemia, mal formaciones en los labios, el paladar o gastrointestinales).
- Madres con alguna patología que no les permita amamantar (VIH, tuberculosis activa no tratada, etc.).

6.5 Variables

6.5.1 Cuadro de Operacionalización de Variables

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad del niño	Es el tiempo cronológico de vida cumplido por el lactante o preescolar.	Menor de dos años: 0 a 23 meses.	Cuantitativa	Discreta
Genero	Se refiere a la clasificación de los seres humanos según sus rasgos o características.	-Femenino -Masculino	Cualitativa	Nominal
Edad materna	Es la Edad cronológica en años cumplidos por la madre al momento del parto.	16 a 20 años. 21 a 25 años. 26 a 30 años. Más de 30 años.	Cuantitativa	Discreta
Estrato socioeconómico	Es el posicionamiento de la persona en la estructura social y económica de la sociedad.	-Estrato 1 -Estrato 2 -Estrato 3 -Estrato 4 -Estrato 5	Cualitativa	Ordinal

		-Estrato 6		
Estado civil	Es el estado en que se encuentra una persona en relación con otra el cual se crean lazos de forma jurídica.	Soltera Casada Viuda Separada Unión libre	Cualitativa	Nominal
Patologías de la madre	Son enfermedades que se pueden presentar en la madre durante la gestación.	-Mastitis - Preclampsia -Diabetes -Cáncer -Infecciones -Otras	Cualitativa	Nominal
Etnia	Es el origen y herencia cultural de las personas.	Indígena Afrodescendiente Mestizo Blanco	Cualitativa	Nominal
Apoyo familiar	Es donde se cuenta con ayuda, solidaridad de la familia o algún miembro de ella durante el proceso de la maternidad.	Si No	Cualitativa	Nominal

Ocupación	Es el Tipo de trabajo que desempeñaba la madre durante la maternidad.	Ama de casa Trabajadora independiente	Cualitativa	Nominal
Control prenatal	Es el proceso que se le realiza a la madre de manera sistemática antes del nacimiento del RN.	Si No	Cualitativa	Nominal
Gravidez	Es la cantidad de embarazos que ha tenido.	Grávida 1, 2, 3 o mas	Cuantitativa	Discreta
Relación conyugal durante la lactancia materna	Es esa relación que establece la pareja (mama y papa) durante la lactancia materna que influye en la unión de la familia.	-Buena relación -Regular -Mala	Cualitativa	Nominal
Procedencia	Es el lugar donde nace el niño.	-Departamento del valle -Departamento del cauca -Otro.	Cualitativa	Nominal
Curso profiláctico	Es una preparación física y psicológica para el momento del parto que tiene como propósito reducir la tensión y el dolor por medio de técnicas que ayudan a disminuir el dolor a la madre.	Si No	Cualitativa	Nominal
Conocimientos previos	Es la información que cuenta la	Si No	Cualitativa	Nominal

	madre sobre la lactancia materna, debido a sus experiencias pasadas.			
Embarazo planeado	Es cuando la mama y el papa tenían pensado de tener un bebe.	Si No	Cualitativa	Nominal
Lactancia Materna	Es la alimentación que le brinda la madre a su bebé aportándole nutrientes.	Si No	Cualitativa	Nominal
Frecuencia de lactar	Es el número de veces que la madre le da de lactar a su bebe.	-3 veces al día - 5 veces - 8 o más veces al día - No hay horario, cada vez que me pedía.	Cuantitativa	Continua
Leche de formula	Es la leche preparada de forma artificial y que ofrece las mismas propiedades nutritivas que tiene de la madre.	Si No	Cualitativa	Nominal
Interrupción de la lactancia materna	Es la suspensión por parte de la madre en un tiempo determinado.	-Unos días -Una semana -1 mes o más Nunca	Cuantitativa	Discreta
Ingesta de bebidas	La madre decide darle bebidas al niño antes de lo recomendado por	Si, desde los 3 meses Si, desde los 4 meses	Cualitativa	Nominal

	el médico.	Si, desde los 5 meses Nunca		
Mitos de la lactancia materna	Son esas creencias que traen acerca de la lactancia ya sea inculcada por su familia, amigos etc.	Si No	Cualitativa	Nominal
Motivos del abandono	Es cuando la madre presenta situaciones que la lleva a dejar de lactar a su niño.	Trabajo Enfermedades No quería Otros. Cuales:	Cuantitativa	Ordinal
Fumadora	Es cuando la mama fuma o fumaba todos los días.	Si No	Cualitativa	Nominal
Peso al nacer	Es el peso del bebe que se toma inmediatamente después de haber nacido.	-Menor a 2500 kg -Entre 2500 kg y 3500 kg -Mayor de 3500	Cuantitativa	Continua
Utilización de chupo	Es utilizado para calmar el llanto del bebe, ayuda a conciliar el sueño generando un descanso de los padres.	Si No	Cualitativa	Nominal

6.6 Recolección de la Información

6.6.1 Instrumento

Se extrae el instrumento de un artículo llamado “Relación que existe entre la lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor del niño de 6 meses que acude al servicio de CRED de un centro de salud”; 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 25 preguntas en relación con datos generales (nivel educativo, estado civil, número de hijos, convivencia con el padre del menor, procedencia, asistencia al control prenatal, recepción previa de información sobre lactancia materna, entre otras). Por lo tanto, este estudio es un análisis univariado.

6.6.2 Fases del Proceso Investigativo

- Fase 1. Idea central de la investigación: lo que queríamos realizar (Tema)
- Fase 2. Planteamiento del problema y la pregunta problema
- Fase 3. Inclusión del campo
- Fase 4. Conceptualización del diseño de estudio
- Fase 5. Definición de la muestra social de la investigación y acceso a ella
- Fase 6. Recolección de datos
- Fase 7. Análisis de datos
- Fase 8. Interpretación de resultados
- Fase 9. Elaboración de reportes de resultados

6.6.3 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 realizarán proporciones y porcentajes; con las variables cuantitativas se realizarán las medidas de tendencia central. Para procesar la base de datos se utilizará Microsoft Office 365 Excel 2018-2019.

6.7 Consideraciones Éticas

Este trabajo investigativo se realizará 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 cumplirán los siguientes principios bioéticos para trabajar en ella:

- Autonomía: Los participantes podrán actuar bajo sus propias decisiones.
- 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.

6.8 Cronograma

N°	ACTIVIDAD	MES
1	Selección del tema.	Agosto
2	Búsqueda de información, Consultas bibliográficas.	Agosto
3	Estructuración del trabajo.	Agosto
4	Visita y solicitud de autorización para aplicar instrumento al Jardín Infantil Aprendamos Jugando.	Septiembre
5	Presentación del trabajo al comité de ética.	Septiembre
6	Aplicación de instrumento.	Octubre
7	Obtención de la información.	Octubre
8	Procesamiento de la información.	Octubre
9	Análisis estadístico.	Octubre
10	Discusión de resultados.	Noviembre
11	Redacción de informe final.	Noviembre
12	Presentación del trabajo.	Noviembre

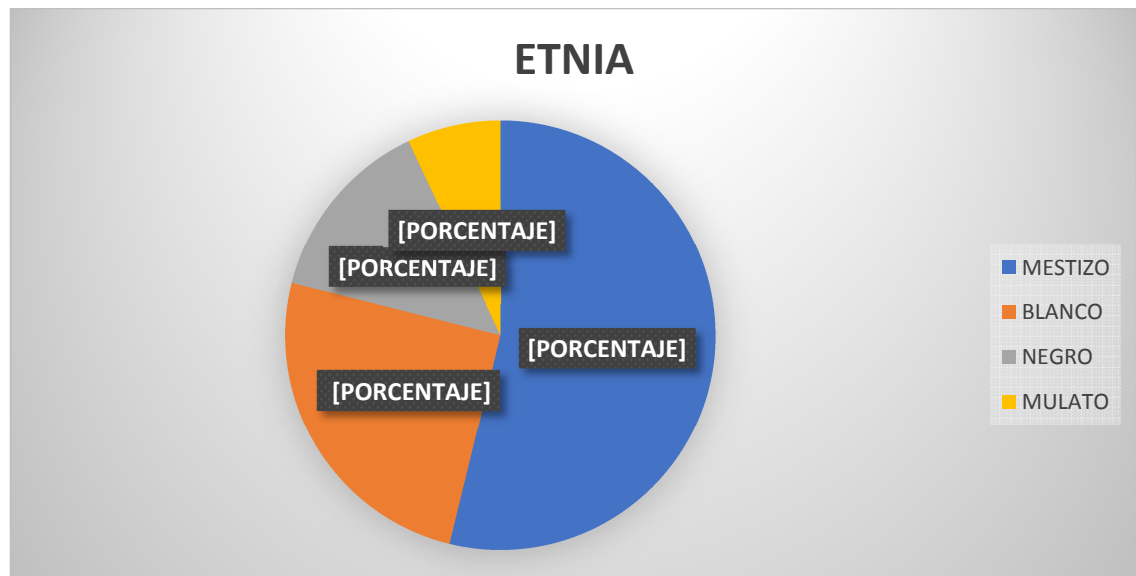
6.9 Presupuesto

N°	GATOS CORRIENTES	VALOR
1	Transportes y salidas de campo.	\$60.000
2	Material bibliográfico y fotocopias.	\$40.000
3	Equipos y servicios técnicos.	\$10.000
4	Equipos tecnológicos (computador, impresora, enrutador).	\$1'200.000
5	Acceso a la red.	\$70.000
	TOTAL	\$1'380.000

7. RESULTADOS

Los resultados que a continuación se muestran corresponden a 28 madres del jardín infantil.

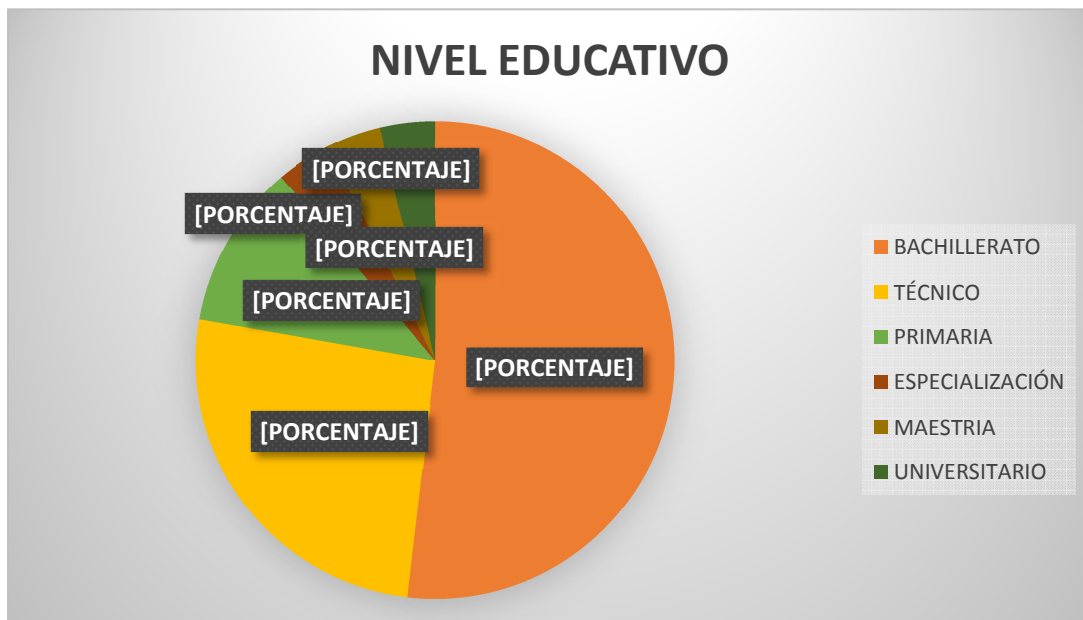
Gráfico 1:



Instrumento de recolección elaborado por los estudiantes.

ANÁLISIS: Mas del 50% de las madres encuestadas pertenecen a la raza mestiza, seguidas por la raza blanca equivalente a la mitad de la raza mestiza, luego la raza negra y por último el mulato

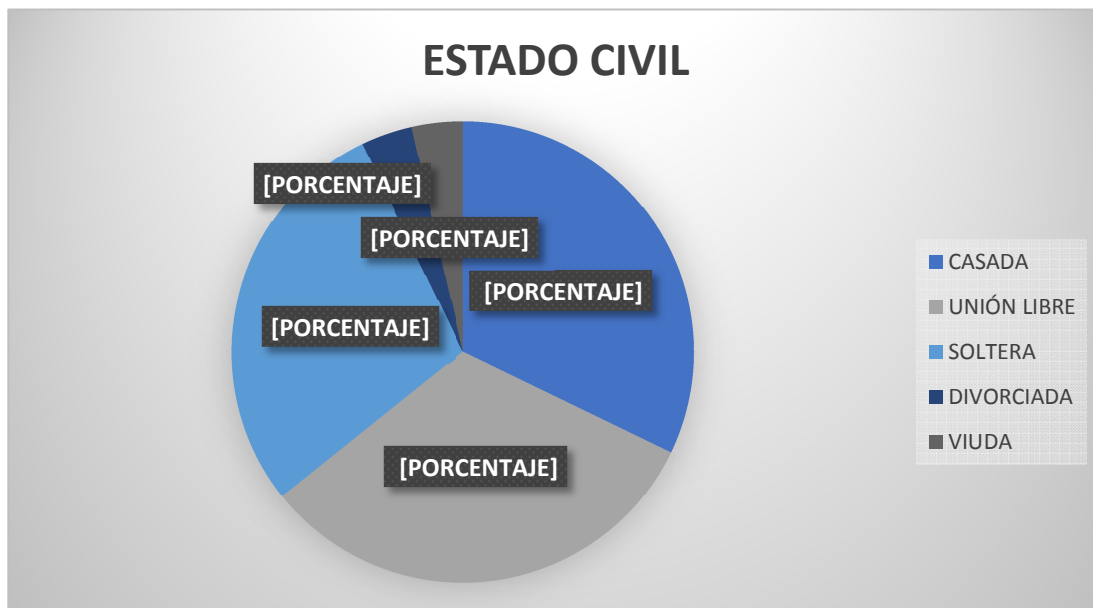
Gráfico 2:



Instrumento de recolección elaborado por los estudiantes.

ANÁLISIS: Mas de la mitad de las personas encuestadas terminaron su bachillerato, la otra mitad se encuentra dividida en técnico, primaria, especialización, maestría y universitario, consecutivamente.

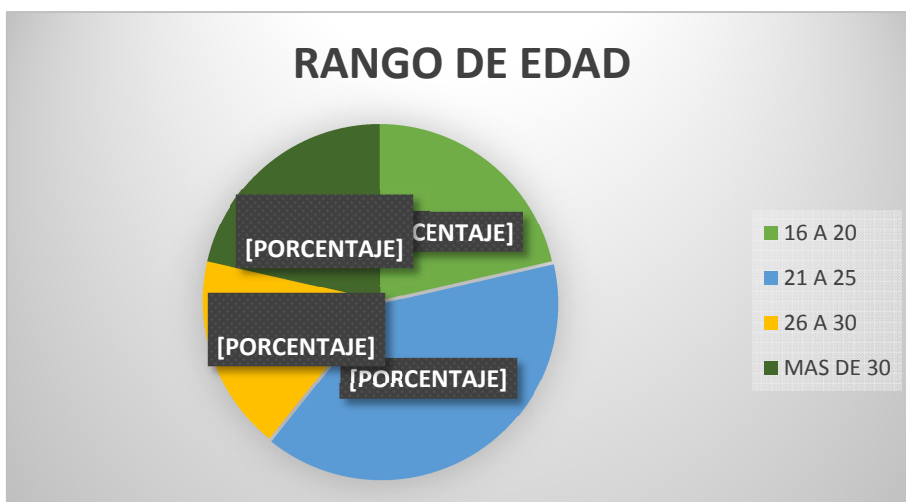
Gráfico 3:



Instrumento de recolección elaborado por los estudiantes.

ANÁLISIS: El estado civil se encuentra dividido de una manera más equitativa encabezando las parejas casadas y en unión libre con un 32%, y muy cerca de ellas se encuentra la madre soltera, luego está la divorciada y la viuda que representa un 8%.

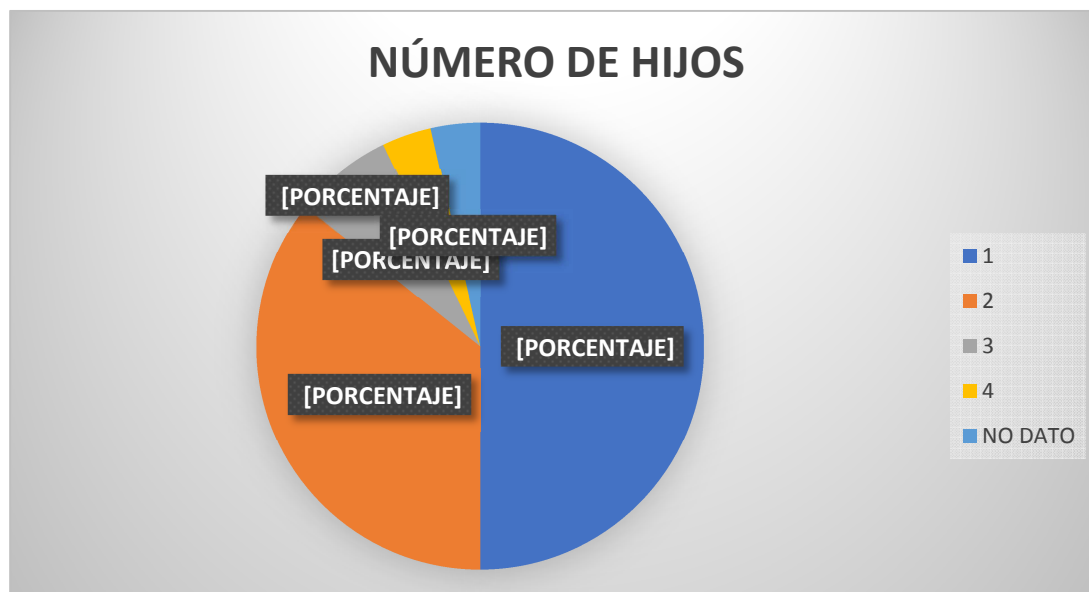
Gráfico 4:



Instrumento de recolección elaborado por los estudiantes.

ANÁLISIS: El rango de edad oscila entre los 16 años y 40 años; el grupo de edad entre 21 y 25 años ocupa la cuarta parte, y los grupos entre 16 a 20 y más de 30 años, ocupan el mismo porcentaje.

Gráfico 5:



Instrumento de recolección elaborado por los estudiantes.

ANÁLISIS: Según las mujeres encuestadas la mitad de ellas solo tienen 1 hijo, el 36%: 2 hijos, con un 7% están las de 3 hijos y por último con un 4% las de 4 hijos.

Gráfico 6:

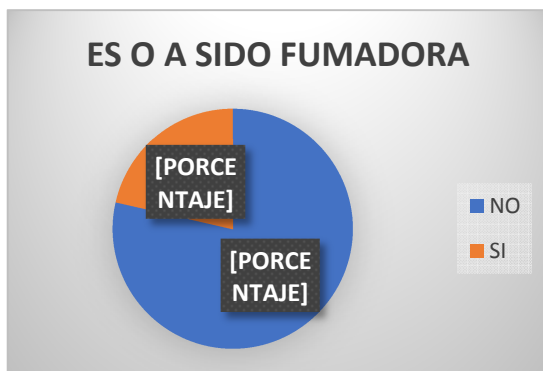
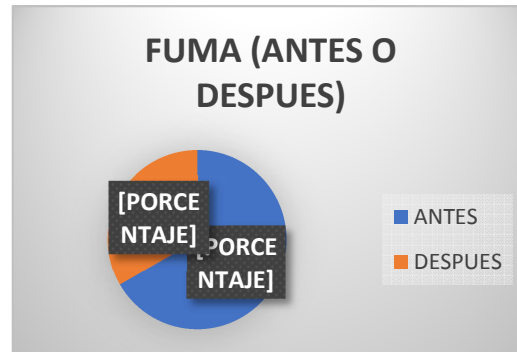


Gráfico 7:



Instrumento de recolección elaborado por los estudiantes.

ANÁLISIS: El 21% si fuma, de esta cifra el 7% lo realizó antes del embarazo, y el 14% lo realizó después.

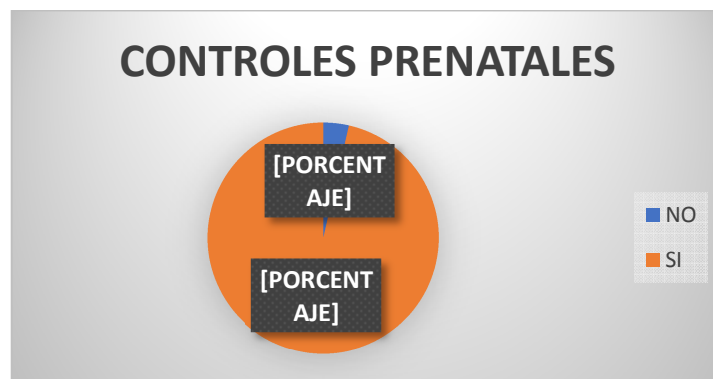
Gráfico 8:



Instrumento de recolección elaborado por los estudiantes.

ANÁLISIS: La tercera parte de las mujeres encuestadas al momento del embarazo presentaban una la relación regular con el padre del hijo, seguidas con igual representación una buena relación, y con un 25% de relación mala y nula.

Gráfico 9:



Instrumento de recolección elaborado por los estudiantes.

ANÁLISIS: El 96% asistió a controles prenatales durante su embarazo y el 4% restante no lo hizo.

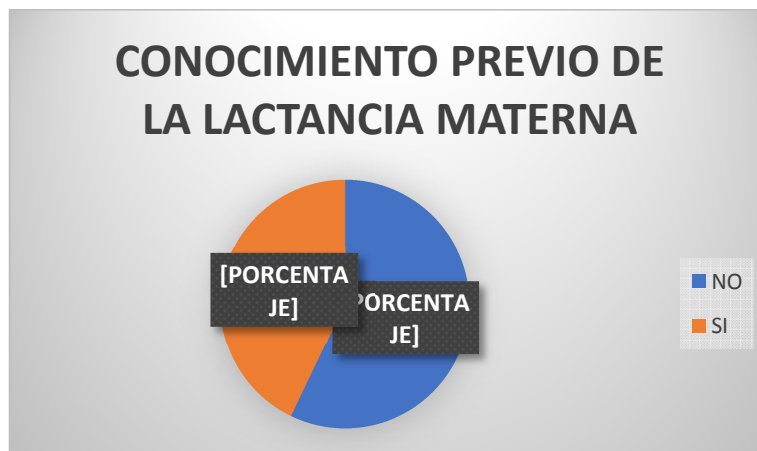
Gráfico 10:



Instrumento de recolección elaborado por los estudiantes.

ANÁLISIS: La mayoría de las mujeres encuestadas decidieron lactar a su hijo.

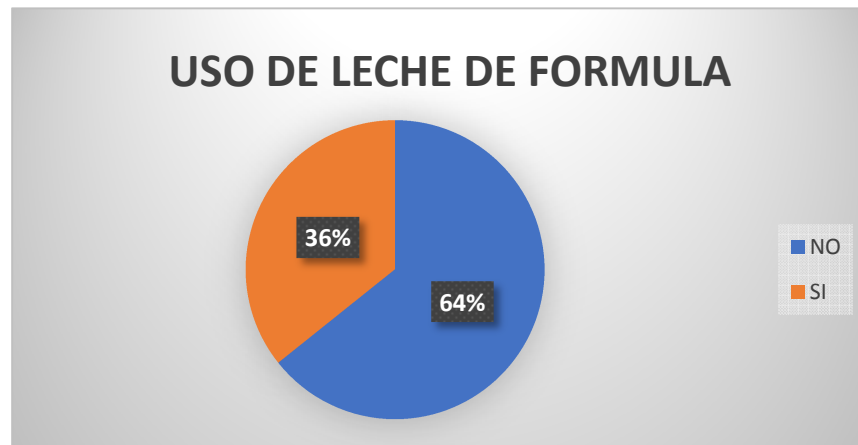
Gráfico 11:



Instrumento de recolección elaborado por los estudiantes.

ANÁLISIS: Mas de la mitad no conocían la importancia de la lactancia materna exclusiva.

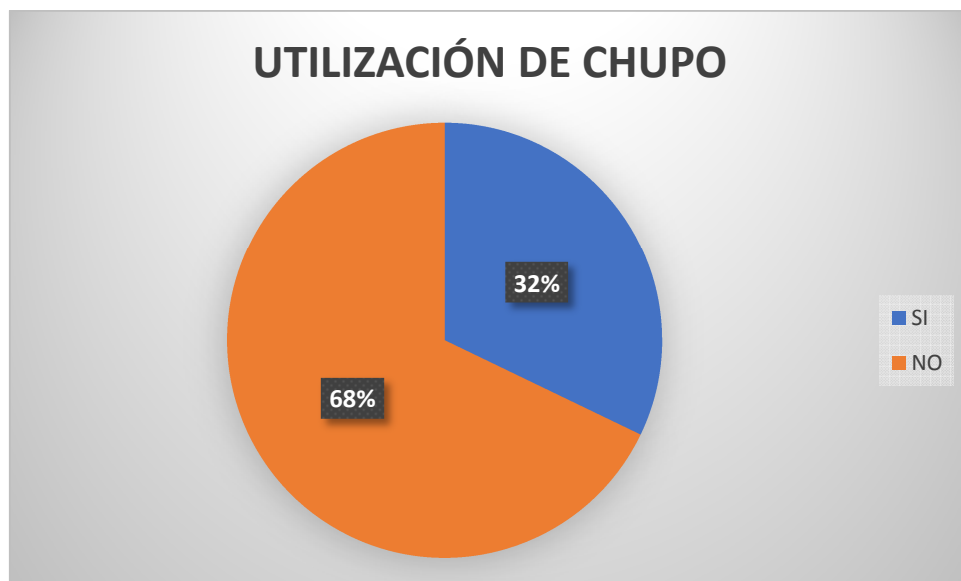
Gráfica 12:



Instrumento de recolección elaborado por los estudiantes

ANÁLISIS: El 64% de las mujeres encuestadas no dieron leche de fórmula a sus hijos antes de los seis meses.

Gráfico 13:



Instrumento de recolección elaborado por los estudiantes

ANÁLISIS: Mas de la mitad de los hijos de las mujeres lactantes no utilizo chupo antes de los seis meses.

Gráfico 14:

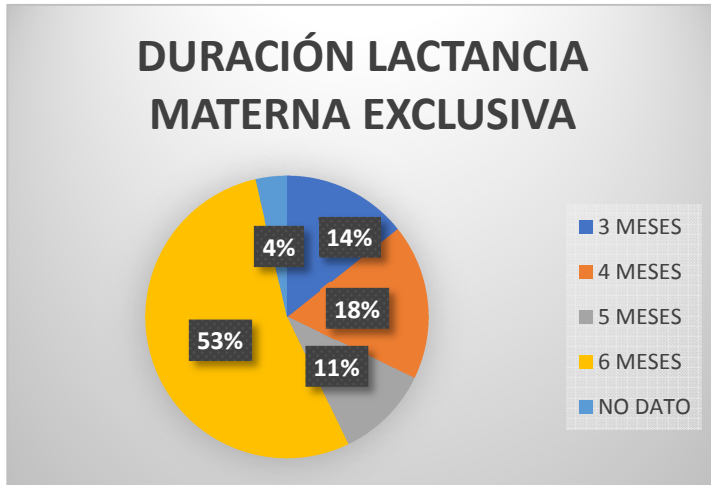


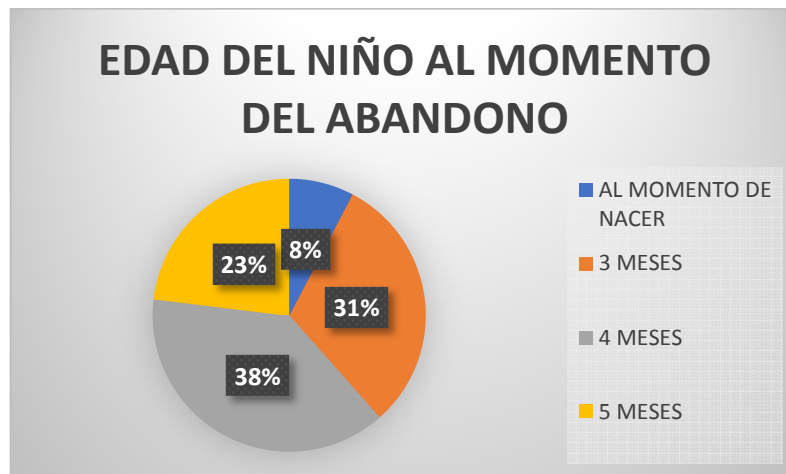
Gráfico 15:



Instrumento de recolección elaborado por los estudiantes

ANÁLISIS: Mas de la mitad de las personas encuestadas brindaron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y el 43% entre los 3 y 5 meses.

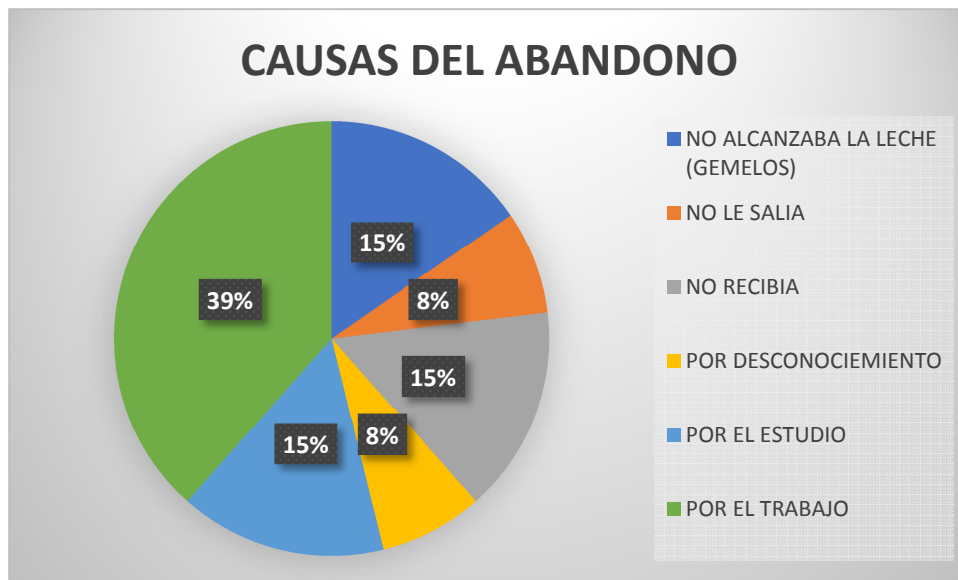
Gráfico 16:



Instrumento de recolección elaborado por los estudiantes

ANÁLISIS: El porcentaje más alto en edad de abandono de la lactancia materna exclusiva son los 4 meses, seguido de 3 meses, 5 meses, y 1 solo caso de abandono a momento de nacer.

Gráfico 17:



Instrumento de recolección elaborado por los estudiantes

ANÁLISIS: La mayor razón por la que fue abandonada la lactancia materna exclusiva es por causa del trabajo con un 39%.

8. DISCUSIÓN

Entre las características sociodemográficas de la muestra se obtiene que más del 50% de las madres encuestadas pertenecen a la raza mestiza, seguidas por la raza blanca equivalente a la mitad de la raza mestiza, luego la raza negra y por último el mulato; en cuanto al nivel educativo más de la mitad de las personas encuestadas terminaron su bachillerato, la otra mitad se encuentra dividida en técnico, primaria, especialización, maestría y universitario, consecutivamente; así mismo el estado civil se encuentra dividido de una manera más equitativa encabezando las parejas casadas y en unión libre con un 32%, y muy cerca de ellas se encuentra la madre soltera, luego está la divorciada y la viuda que representan un 8%; y son mujeres que se encuentran en un rango de edad que oscila entre los 16 años y 40 años; el grupo de edad entre 21 y 25 años ocupa la cuarta parte, y los grupos entre 16 a 20 y más de 30 años, ocupan el mismo porcentaje.

Esto es equivalente con lo que discute Silva de Luna en su artículo: Factores sociodemográficos relacionados con la práctica de alimentación al seno materno, donde dice que “Sólo el 28% de las madres de 15 a 25 años alimenta a sus hijos al seno hasta los seis meses de vida; por nivel escolar, destaca la alimentación materna en madres con nivel profesional; por un periodo de seis meses la mayoría de las madres con actividad laboral fuera del hogar abandonan la alimentación al seno materno; las casadas son las que mantienen la lactancia materna en periodos prolongados. De las madres que nunca amamantaron a sus hijos, 11% corresponden a las de 36 a 45 años; por escolaridad las de educación primaria con un 2% y por ocupación las madres dedicadas al hogar representan 1%. En cuanto al conocimiento de las madres sobre lactancia materna en relación con factores sociodemográficos; por edad sobresalen con buen nivel de conocimientos las madres entre 26 a 35 años y conocimiento deficiente las de edad entre 36 a 45 años; en lo referente a escolaridad y ocupación, todas las madres profesionistas obtuvieron un buen nivel de conocimiento; por estado civil las madres casadas tuvieron un buen nivel de conocimiento y conocimiento deficiente se obtuvo en las madres en unión libre” (8)

Del mismo modo se logró determinar que más de la mitad de las madres encuestadas brindaron LME hasta los 6 meses y el 43% hasta edades entre los 3 y 5 meses.

Esta investigación tuvo como finalidad determinar las razones por las cuales las madres abandonan la lactancia materna exclusiva (LME); los factores más determinantes fueron el retorno al trabajo, la insuficiencia de leche, el rechazo del bebé y el retorno al estudio.

En este orden de ideas, se precisó que el factor laboral es la primera causa de abandono de la LME, representado un 39%, lo que significa que el rol materno está afectado por el compromiso laboral. A pesar de los beneficios legales que recibe una madre cuando da a luz como son: La licencia de maternidad, hora de lactancia y la estrategia de las Salas Amigas de la Familia Lactante donde las entidades públicas territoriales y las empresas privadas deben adecuar un espacio acondicionado y digno para las mujeres en este período (Ley 1823 del 4 de enero de 2017). En un lapso muy corto se hará imprescindible la separación entre la mamá y el bebé; de ahí proviene la dificultad de que se siga amamantando con la misma regularidad de los primeros meses. Se encontró que, además, siendo que la mayoría de las mujeres de la muestra, tienen solo el bachillerato y no viven con su pareja (viudas, divorciadas y solteras), eran de esperarse estos resultados, puesto que son madres que trabajan desde muy jóvenes y/o son cabeza de hogar. Por lo tanto, es indudable que se reporten como eventos comunes a toda la muestra.

Los resultados anteriores contrastan con la investigación realizada por López y colaboradores, en su estudio “Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín” (4) donde los principales motivos de abandono estuvieron relacionados con problemas para la producción láctea, rechazo del bebé, actividades u ocupaciones de la madre y el estado de salud. Los alimentos reportados como reemplazo o complementarios a la leche materna, fueron principalmente fórmulas infantiles, situación que se vio reflejada en la muestra.

En este mismo sentido, en esta investigación se encontró que el que “no le alcance la leche a la mamá” (madre de gemelos), que “el bebé no reciba la leche” y el retorno al estudio, las tres simbolizando un 15% de las mujeres estudiadas, se reportan como los eventos más comunes a los cuales se ha expuesto la muestra.

La lactancia de gemelos, mellizos o múltiples no es cosa fácil; la demanda de alimento va aumentando cada vez más y podrían aparecer complicaciones típicas de la lactancia materna, sumándole los nervios, la tensión y el cansancio; es por ello que se puede llegar a pensar que es imposible amamantar a dos o más bebés al tiempo y con mucha frecuencia estas madres piensan que la leche no les va a

alcanzar para alimentar correctamente a sus bebés, siendo que la producción del leche va aumentando a medida de la succión.

Desde otro punto de vista, el 57% de la muestra no tenían un conocimiento previo de la lactancia materna, esto hace pensar en el rol que está desempeñando el profesional de enfermería y cuál es su participación para lograr la adherencia de las madres a la LME. El profesional de Enfermería debería educar sobre las situaciones y complicaciones que se pueden presentar en el proceso de lactancia con el fin de disminuir el abandono. De acuerdo a Ortiz y colaboradores en su estudio: Lactancia Materna Exclusiva: ¿la conocen las madres realmente? **(5)**, donde 90 madres fueron encuestadas encontrándose que el 85.6% posee conocimientos adecuados sobre LME. El 48.9% conoce la técnica de amamantamiento adecuada, mientras que el 51.1% restante no tiene idea de ello; asociado a esto, el 11% de la muestra reportó haber tomado la decisión, antes de dar a luz, de no lactar, lo cual sugiere que se debe construir información a partir de las experiencias y emociones propios de las gestantes sobre la lactancia materna las cuales serán aplicadas en sus entornos familiares.

El otro limitante de la adherencia a la lactancia es la convivencia con el padre donde el 39% dicen tener una mala relación, el 14% nula y el 11% mala; según Becerra y colaboradores en su artículo “ El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna” **(7)** entre los factores protectores de la lactancia materna se encuentran: el apoyo de la familia, el acompañamiento de la pareja y el haber tenido una experiencia previa positiva con otros hijos; lo que refleja que una buena red de apoyo puede ser la base para que una mamá pueda cumplir con dicho proceso.

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, aun cuando estas se encuentran adscritas a programas del gobierno donde se les brinda educación en los cursos psicoprofilácticos e incluso en los controles prenatales, pero esta no es la razón fundamental de dicho abandono, las principales razones encontradas en este estudio son el inicio temprano de las actividades de la madre (trabajo o estudio) y la poca producción de leche.

Es necesario que se continúe investigando acerca del abandono de la LME para la validación de estos hallazgos. Sería recomendable para las futuras investigaciones, que se tomen en cuenta las conductas de riesgo (educación, conocimiento, preocupaciones, sentimiento, emociones, etc.), estilos de vida de

las madres y la presencia de experiencias traumáticas en lactancia previa. El poco tiempo de la licencia de maternidad, embarazo en adolescentes, la poca educación en el tema y la previa decisión de no lactar impactan adversamente el curso recomendado de la LME y el valioso vínculo que se crea entre madre e hijo.

9. RECOMENDACIONES

1. Evaluar el modelo de educación que está utilizando el personal de salud al momento de brindarle la información de lactancia materna exclusiva a las gestantes, para poder establecer estándares concretos sobre la importancia de dicho proceso.
2. Que se tenga capacitación oportuna y adecuada en los diferentes cursos psicoprofilácticos en todas las entidades públicas y privadas, para lograr un desarrollo óptimo del embarazo y poder llevarlo a buen término.
3. Capacitar y actualizar constantemente al personal de salud para que pueda brindar una información exacta y oportuna en los diferentes cursos y actividades que se llevan a cabo en las entidades prestadoras de salud.
4. Involucrar la red de apoyo de la madre en el proceso del cuidado de la lactancia materna exclusiva para fortalecer los vínculos familiares importantes en la calidad de vida del recién nacido.
5. Fomentar la participación de otros sectores como lo son las entidades educativas, empresariales, fundaciones y comunidad en general, para lograr la adherencia a la lactancia materna, cumplir metas planteadas para cada grupo en pro de la lactancia y así acercarse a la meta fijada por la Organización Mundial de la Salud de una tasa anual del 50%.

10. CONCLUSIONES

1. Según los factores asociados al abandono de la lactancia materna encontrados durante la investigación, se logra identificar los causantes más comunes del abandono de la lactancia materna exclusiva, encontrando que el 46% de las personas encuestadas abandonaron la lactancia materna antes de los 6 meses de edad, y el 54% restante cumplieron con los seis meses de lactancia exclusiva ideal para el crecimiento y el bienestar de sus hijos.
2. Se obtuvo que determinantes sociales como: nivel educativo, relación pareja, podría interferir en la adherencia a la lactancia materna. Por lo que la valoración que realiza el profesional de salud debería evaluar estos factores que inciden en el abandono de dicha práctica.
3. En la población estudiada se constata que esta asistió a los controles prenatales lo que evidencia las estrategias desarrolladas por parte del grupo prestador de salud están logrando la adherencia a este; sin embargo, con este estudio se evidencian falencias con la información relacionada con lactancia materna.
4. Se obtuvo una caracterización sociodemográfica al grupo de madres del jardín infantil “Aprendamos Jugando”, logrando de manera precisa cuantificar su nivel de escolaridad, estado civil, raza, número de hijos, entre otras, lo que permite conocer el entorno social y económico, para así distinguir los aspectos de su situación actual, desde su forma de vida, familiar y estado económico. Con esto se proporciona la información actualizada, suficiente y relevante del objeto de estudio.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet] n.d. Datos y Cifras. 10 datos Sobre la Lactancia Materna. [Consultado el 3 de septiembre del 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. n.d. Educación sobre la lactancia materna para prolongar la duración de esta. [Consultado el 3 de septiembre del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/bbc/breastfeeding_education/es/
3. Víctor Ingrassia. [Internet]. Última actualización el 21 de mayo del 2018. Por qué es fundamental la lactancia materna exclusiva hasta seis meses de vida del bebé. [Consultado el 3 de septiembre del 2018]. Disponible en: <https://www.infobae.com/salud/2018/05/21/por-que-es-fundamental-la-lactancia-materna-exclusiva-hasta-los-seis-meses-de-vida-del-bebe/>
4. López M. Beatriz E; Martínez G. Leidy J; Zapata L. Natalia J. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de la salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Medellín-Colombia 11 de marzo del 2013.
5. Borre Ortiz, Yeis Miguel; Cortina Navarro, Carolina; González Ruíz, Gisela. Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente? Bucaramanga-Colombia. 2014
6. Base de datos global UNICEF. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Del año 2016.
7. Fabiola Becerra-Bulla, libertad Rocha Calderón, Dayana Milena, Fonseca-Silva, Laura Andrea, Bermúdez-Gordillo. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Bogotá-Colombia. 2015
8. Silvia Yolanda de Luna Adam. Factores sociodemográficos relacionados con la práctica de alimentación al seno materno. México 2015.
9. Lizeth Salamanca G. Y Astrid López A. Más de la mitad de los bebés en Colombia no reciben leche materna. Revista. Del año 2017.
10. Alianza Mundial pro Lactancia Materna – WABA, Cali, CaliCo, Lactancia Materna fundamento de Vida, OMS, Semana Mundial de la Lactancia, Unicef. Del año 2017.
11. Secretaría de salud pública, Santiago de Cali. [Internet]. n.d. Antecedentes históricos e indicadores de lactancia materna en Colombia, Valle y Cali.

[Consultado el 21 de septiembre del 2018]. Disponible en:
<http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/lactancia.php>

12. Doctora Msrnet. Tubérculos de margagni y Montgomery. Publicado para CCM 2016.
13. Rubenson B. ¿Qué es el SIDA? Manual para agentes de salud. Originariamente publicado por la CMC - (ex Comisión Médica Cristiana) 1987. Primera revisión: 1988 Segunda revisión: 1995 Tercera revisión: 2003.
14. Biblioteca nacional de medicina EE. UU. Institutos nacionales de salud. [Internet]. Última actualización el 22 de septiembre del 2016. Exposición a ciprofloxacina que conduce a hepatotoxicidad fatal: una correlación inusual. [Consultado el 13 de marzo del 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5036381/>
15. Foromed. [Internet]. Última actualización el 25 de septiembre del 2017. Tetraciclina: para que se prescribe, posibles efectos secundarios y más. [Consultado el 3 de octubre del 2017]. Disponible en: <http://foromed.com/tetraciclina-se-prescribe-posibles-efectos-secundarios-mas/>
16. S.S.A. Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general al 3 de agosto de 2007.
17. MedlinePlus®: Información de salud para usted. [Internet]. n.d. Metronidazol. [Consultado el 3 de octubre del 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a689011-es.html>
18. National Heart, Lung and Blood Institute. Guía breve sobre la anemia. Septiembre 2011.
19. MedlinePlus®: Información de salud para usted. [Internet]. n.d. Cardiopatía coronaria. [Consultado el 3 de octubre del 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007115.htm>
20. MedlinePlus®: Información de salud para usted. [Internet]. n.d. Diabetes. [Consultado el 3 de octubre del 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001214.htm>
21. Alcázar, José María; Oliveras, Anna; Orte, Luis María; Jiménez, Sara; Segura, Julián (septiembre de 2016). «Hipertensión arterial esencial». En Lorenzo, V.; López Gómez, J. M. *Nefrología al Día* (en inglés) (Elsevier). Consultado el 8 de junio de 2017.
22. «Obesidad y sobrepeso», nota descriptiva n.º 311, en el sitio web de la OMS, mayo de 2012. Consultado el 27 de agosto de 2012.
23. Diccionario de sinónimos y antónimos © 2005

24. Significados: descubrir lo que significa, conceptos y definiciones. © 2013-2017.
25. IQB. [Internet]. n.d. Atlas de ginecología: Anatomía de la mama. [Consultado el 3 de octubre del 2017]. Disponible en: <http://www.iqb.es/ginecologia/atlas/mama/anatomia01.htm>
26. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Última actualización el 15 de enero del 2011. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños. [Consultado el 3 de octubre del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/
27. Tortajada G. Lidia. Anatomía de la mama. Publicado para ACRAM 2011.
28. Doctora Msrnet. Tubérculos de margagni y Montgomery. Publicado para CCM 2016.
29. Miyar S. ¿Qué tipo de pezones tienes? Publicado para Soy actitud 2012.
30. Guía de la lactancia materna. Información sobre la lactancia materna. Fisiología de la lactancia 2010.
31. María. Guía de lactancia materna. Información sobre la lactancia materna. La oxitocina y la lactancia 2013.
32. Lozano D. María J. Lactancia materna. Publicado para Hospital Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría 2006.
33. Díaz Gómez N. M, Nutrición infantil. ¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna? Publicado para Acta Pediatr Esp. 2005; 63: 321-327 2005.
34. Consejería de salud del Gobierno de La Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. La Rioja-España 2013.
35. Mundo tu bebé. [Internet]. Última actualización el 21 de noviembre del 2016. Cáncer de mama y lactancia. [Consultado el 10 de octubre del 2017]. Disponible en: https://www.mundotubebe.com/lactancia/cancer-mama-lactancia_829
36. Rodríguez Osmel O; Ruíz Marino; Gonzáles V. Eridán; Montero A. Lourdes. [Internet]. n.d. Sífilis adquirida por lactancia materna: Notificación de un caso. [Consultado el 10 de octubre del 2017]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol9_supl2_03/casos/c5_v9_supl203.htm
37. Fernández M. Isabel M. González F. Carmen T. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. Granada-España 2013.
38. Hospital Virgen de las Nieves. Técnica de amamantamiento correcto. La posición.

39. Mohamed M. Dina. Alcolea F. Silvia. Guía para una lactancia materna feliz. Madrid-España 2010.
40. Brahm Paulina. Valdés Verónica. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Chile 2017.
41. Kansawid. [Internet]. n.d. Señales de hambre y llenura de su bebé. [Consultado el 15 de septiembre del 2018]. Disponible en: http://www.kansaswic.org/download/ismybabyhungry/hunger-fullness_handout_pic_3-sp.pdf
42. Zócalo. [Internet]. Última actualización hace 3 años. La lactancia materna inadecuada: un daño a la salud y el bolsillo. [Consultado el 10 de octubre del 2017]. Disponible en: http://www.zocalo.com.mx/new_site/articulo/la-lactancia-materna-inadecuada-un-dano-a-la-salud-y-el-bolsillo-1429490590
43. Crecer feliz. [Internet]. n.d. Cuidados del pecho durante la lactancia. [Consultado el 10 de octubre del 2017]. Disponible en: <http://www.crecerfeliz.es/Parto-y-Maternidad/Guapa-y-en-forma/El-pecho-en-la-lactancia/Cuidados-del-pecho-durante-la-lactancia>
44. Fernández M. Carmen E.; Gutiérrez M. María; Martos V. María; Peña C. Manuela; Rodríguez R. Javier; Sánchez M. Belén. Guía de lactancia materna. Granada-marzo del 2015.
45. Gallardo V. Marta. Prevalencia y factores asociados al abandono y mantenimiento de la lactancia materna en mujeres españolas: Revisión bibliográfica. España 2015.
46. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013.
47. Lolas S. Fernando MD. Pautas Éticas Internacionales Para La Investigación Biomédica En Seres Humanos. Ginebra 2002.
48. Consejo de organizaciones Internacionales de las ciencias médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Edición en español realizada por el Programa Regional de Bioética OPS/OMS. Santiago; 2003.
49. Minsalud. [Internet]. n.d. Resolución número 8430 de 1993. [Consultado el 10 de septiembre del 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
50. Minsalud. [Internet]. n.d. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020: Un imperativo público para la protección y la alimentación adecuada de los niños y niñas menores de dos años. [Consultado el 10 de octubre del 2017]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>

- 51.** Mineducación. [Internet]. n.d. Ley 911 de 2004. [Consultado el 10 de octubre del 2017]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

12. ANEXOS

12.1 Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO
FACTORES QUE INCIDEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN UN HOGAR INFANTIL DE LA CIUDAD DE CALI EN EL AÑO
2018
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA

FECHA: _____

Yo _____, mayor de edad, identificado con CC. N.º _____ acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación aplicada titulado: “FACTORES QUE INCIDEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN UN HOGAR INFANTIL DE LA CIUDAD DE CALI EN EL AÑO 2018”, realizado por: Heidy Thalía Llantén Cardona, Raquel Melissa Prieto Velasco y Harold Stive Pérez Quintero de la USC, semestre IX y VII respectivamente, programa de Enfermería, bajo la dirección de Luz Adriana Meneses Urrea.

Investigador	Número de cédula	Teléfono	Correo electrónico
Heidy T. Llantén C.	1143867210	305 3903000	thaliacardona@hotmail.com
Raquel M. Prieto V.	1144072800	312 2078937	raquelmpv19@gmail.com
Harold S. Pérez Q.	1130641720	310 4901175	harold.perez00@usc.edu.co
Coinvestigador	Número de cédula	Teléfono	Correo electrónico
Luz Adriana Meneses		316 5018621	luz.meneses00@usc.edu.co

Los investigadores que realizarán el estudio me han explicado claramente sobre los pasos para cada procedimiento y como debo de participar:

Aquí se escribe todo lo que la persona entendió y que se le explico con relación a lo que debe hacer, o sea como será su participación.

Así mismo se me explico cómo se tendrán en cuenta cada uno de los principios bioéticos a mi favor, teniendo en cuenta la autonomía, la beneficencia y la no maleficencia; Me explicaron que participo por mi propia voluntad, de forma voluntaria, me comentaron que puedo retirarme del estudio cuando crea conveniente sin repercusión alguna. A su vez sé que no utilizarán mi nombre si no que se utilizarán códigos o número de identificación y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores, para hacer mejoras posteriores.

Sé que el beneficio de este trabajo es identificar los factores que inciden en el abandono de la lactancia materna exclusiva y de este modo los investigadores podrán obtener información confiable que permita fortalecer y generar cambios que contribuyan a la calidad de la educación superior en enfermería. En ningún momento habrá remuneración económica.

A su vez se me explico que no me veré enfrentada a riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuro.

Así mismo el principio de justicia se verá reflejando en que seré tratada con equidad, respeto y me responderán a las preguntas.

Al firmar este documento reconozco que he leído y entendido el documento y el trabajo que realizarán.

Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización del trabajo.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____

CC: _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE PARTICIPANTE: _____

CC.: _____

FIRMA DE TESTIGO:

FIRMAS DE LOS INVESTIGADORES:

Investigador	Firma
Heidy Thalía Llantén Cardona	
Raquel Melissa Prieto Velasco	
Harold Stive Pérez Quintero	
Coinvestigador	
Luz Adriana Meneses Urrea	

12.2 Instrumento (Encuesta)

I. INTRODUCCIÓN

Sra. Buenos días, nosotros somos Thalía Llantén, Raquel Prieto y Harold Pérez, estudiantes de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali, actualmente nos encontramos realizando nuestro trabajo de grado el cual tiene como objetivo identificar los factores que inciden en el abandono de la lactancia materna exclusiva en madres de un jardín infantil de la ciudad de Cali durante el 2018.

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.

II. DATOS GENERALES:

- DE LA MADRE:

✓ ¿Qué edad tiene usted? _____

✓ ¿Cuál es su procedencia? _____

✓ ¿A qué etnia pertenece?

a) Mestizo () **b)** Blanco () **c)** Mulato () **d)** Negro () **e)** Otro ()

✓ Su nivel máximo educativo es:

- a)** Primara () **b)** Bachillerato () **c)** Técnico () **d)** Universitario ()
e) Especialización () **f)** Maestría ()

✓ ¿A qué edad tuvo su primer hijo? _____

✓ ¿Cuántos hijos tiene? _____

✓ ¿Es o ha sido usted fumadora?

- a)** Si () **b)** No ()

A PARTIR DE AQUÍ, LAS PREGUNTAS APLICAN PARA EL NIÑO(A) MATRICULADO EN EL JARDÍN APRENDAMOS JUGANDO, MENOR DE 2 AÑOS:

✓ Si su respuesta anterior fue si: Consumió tabaco:

- a)** Antes del embarazo () **b)** Durante el embarazo () **c)** Después del embarazo ()

✓ ¿Cuál fue su estado civil en el momento del embarazo?:

- a)** Soltera () **b)** Casada () **c)** Unión libre () **d)** Divorciada ()
e) Viuda ()

✓ Según la respuesta anterior, ¿Cómo fue la convivencia con el padre de su hijo/s durante su embarazo?

- a)** Buena () **b)** Regular () **c)** Mala () **d)** Nula ()

✓ ¿Asistió a los controles prenatales?

- a)** Si () **d)** No ()

✓ ¿A cuántos controles prenatales asistió?

- a)** De 1 a 3 () **b)** De 4 a 7 () **c)** 8 o más ()

✓ ¿Decidió lactar antes del nacimiento de su hijo?

- a)** Si () **b)** No ()

✓ ¿Tenía conocimiento previo sobre la lactancia materna?

- a)** Si () **b)** No ()

✓ ¿Tiene usted algún mito acerca de la lactancia materna que haya practicado?

a) Si () **b)** No ()

✓ Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿Cuál fue el mito que practicó?

✓ Tipo de parto:

a) Vaginal () **b)** Cesárea ()

✓ ¿El embarazo fue planeado?

a) Si () **b)** No ()

✓ ¿Realizó el curso profiláctico?

a) Si () **b)** No ()

✓ ¿Su trabajo le impidió lactar a su bebe?

a) Sí () **b)** No ()

• DEL NIÑO:

✓ ¿A las cuantas semanas gestacionales nació? _____

✓ Peso al nacer: _____

✓ ¿Cuantos meses tiene? (meses cumplidos) _____

III. PRÁCTICAS DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO(A):

✓ ¿Ha dado de lactar a su niño(a)?

a) Si () **b)** No ()

✓ ¿A qué edad comenzó usted a darle leche materna a su hijo(a)?

a) Desde que nació () **b)** A la semana que nació () **c)** Desde el primer mes ()

d) Nunca ()

✓ ¿Cuántas veces al día le daba de lactar?

a) 3 veces al día () **b)** 5 veces () **c)** 8 o más veces al día () **d)** Cada vez que me pedía ()

✓ ¿Le dio leche de fórmula a su hijo(a) antes de los seis meses?

a) Si () **b)** No ()

✓ Si su respuesta anterior fue si, ¿Durante cuánto tiempo le dio leche de fórmula?

✓ ¿Utilizó el chupo con su hijo antes de los seis meses?

a) Si () **b)** No ()

IV. CONTENIDO PARA MEDIR LA ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA:

✓ ¿Dejó usted de lactar a su hijo(a) en algún momento?

a) Si () **b)** No ()

✓ Edad del niño(a) al momento del abandono: _____

✓ ¿Cuáles fueron los motivos para el abandono de la lactancia materna?

GRACIAS.