

**FACTORES DETERMINANTES EN LA NO ADHERENCIA A LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN EL MUNICIPIO DE SAN PEDRO 2018**

LUIS FERNANDO ARANDA PEREZ

JESUS DAVID GARCIA MENDOZA

LADY LORENA FONSECA GARCIA

JORGE ARMANDO LEMOS ARANGO

ANA MARIA TORRES ESPAÑA

ASESORA TEÓRICA Y METODOLÓGICA

MEDICA EPIDEMIÓLOGA:

LINA MARÍA MONTOYA

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA MEDICINA

TULUA VALLE DEL CAUCA

2017

**FACTORES DETERMINANTES EN LA NO ADHERENCIA A LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN EL MUNICIPIO DE SAN PEDRO 2018**

LUIS FERNANDO ARANDA PEREZ

JESUS DAVID GARCIA MENDOZA

LADY LORENA FONSECA GARCIA

JORGE ARMANDO LEMOS ARANGO

ANA MARIA TORRES ESPAÑA

ASESORA TEÓRICA Y METODOLÓGICA

DRA. LINA MARÍA MONTOYA

COORDINADORA DE PROYECTO

DRA. ANA CONSUELO TASCÓN DE PEÑARANDA

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA MEDICINA

TULUA VALLE DEL CAUCA

2017

DEDICADO

**A NUESTROS PADRES, PAREJAS
Y DEMAS PERSONAS QUE HAN
APORTADO CON SU PACIENCIA,
TIEMPO Y DINERO A NUESTRO
CRECIMIENTO, NO SOLO
PROFESIONAL SINO TAMBIEN AL
PERSONAL Y ESPIRITUAL.**

INDICE

INDICE DE TABLAS	6
INDICE DE GRAFICAS	7
ABREVIATURAS	8
1. PROBLEMA	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.2 PREGUNTA PROBLEMA	12
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo general	16
3.2 Objetivos específicos	16
3.3 Hipótesis	17
3.3.1 Hipótesis nula:	17
3.3.2 Hipótesis Alterna:	17
4. MARCO TEORICO	18
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES	18
4.2 MARCO REFERENCIAL	25
4.3 MARCO CONCEPTUAL	33
4.4 MARCO LEGAL	36
4.5 PALABRAS CLAVE	38
5. METODOLOGÍA	39
5.1 TIPO DE ESTUDIO:	39
5.2 POBLACIÓN:	39
5.3 MARCO MUESTRAL:	39
5.4 METODOLOGÍA:	39
5.5 UNIDAD DE ANALISIS:	40
5.6 CRITERIOS INCLUSIÓN:	40
5.7 CRITERIOS EXCLUSIÓN:	41
5.8 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:	41
5.9 PLAN DE ANÁLISIS:	41
5.10 MARCO BIOÉTICO:	42
5.11 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL	49
5.13 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:	56

5.13.1 CRONOGRAMA:	56
5.13.2 PRESUPUESTO:	57
6. ANÁLISIS	58
7. RESULTADO	67
GRAFICAS	72
8. DISCUSIÓN	77
9. CONCLUSIONES	82
10. RECOMENDACIONES	85
ANEXOS	86
ANEXO 1	86
ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO	89
ANEXO 3 ENCUESTA PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN	90
REFERENCIAS	92

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 MODELO CONCEPTUAL DE LOS FACTORES QUE AFECTAN LAS PRACTICAS DE LACTANCIA	25
Tabla 2 CRONOGRAMA	56
Tabla 3 PRESUPUESTO.....	57
Tabla 4 CUADRO OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	86

NDICE DE GRAFICAS

1 EDAD EN DÍAS DEL NIÑO AL MOMENTO DEL ABANDONO	72
2 FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS VS ABANDONO DE LME	73
3 MOTIVO DE ABANDO Y ESCOLARIDAD	74
4 TIPO DE EDUCACIÓN	75
5 Motivos de abandono según edad de la madre.....	76

ABREVIATURAS

- ◆ **ASIS:** Análisis de la Situación de Salud del Valle
- ◆ **ENSIN:** Encuesta Nacional de la Situación Nutricional
- ◆ **ENDS:** Encuesta Nacional de Demografía y Salud
- ◆ **ICBF:** Instituto Colombiano Bienestar Familiar
- ◆ **LM:** Lactancia materna
- ◆ **LME:** Lactancia materna exclusiva
- ◆ **PMA:** Programa Mundial de Alimentos
- ◆ **ODS:** Objetivos del Desarrollo Sostenible
- ◆ **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- ◆ **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- ◆ **PRECOP:** Programa de Educación Continua en Pediatría
- ◆ **SISPRO:** Sistema Integral de la Protección Social
- ◆ **UNICEF: (United Nations Children's Fund)** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La academia estadounidense de pediatría, y la OMS, definen lactancia materna exclusiva, como la única forma de amamantamiento con leche materna, ni agua, ni fórmulas, ni otros líquidos o alimentos sólidos. Esta condición constituye un estándar normativo para la alimentación del bebe, que conduce a unas ventajas notorias de tipo inmunológico, nutritivo, afectivo y funcional, pues contiene lactoalbúmina, lactoglobulina y cascina, aminoácidos esenciales y grasas; vitaminas (A,C,D, tiamina, uboflanina, niacena, biotina, ácido pantoténico y piridoxina), minerales, lactoferrina, lactoperoxidasa, lisozima, complemento C3, C4, y componentes celulares, que hacen de la leche materna un alimento con capacidad antibacterial y antiviral (1).

Es de resaltar la exhaustiva labor por parte de La OMS y el UNICEF, que se basan en pruebas científicas de la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de vida y del papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud óptimo. No practicar la lactancia natural, y especialmente la lactancia natural exclusiva durante el primer medio año de vida, representa un factor de riesgo importante a efectos de morbilidad y mortalidad del lactante y del niño pequeño, que se agrava aún más por la alimentación complementaria inadecuada. Las repercusiones duran toda la vida y son, entre

otras, los malos resultados escolares, una productividad reducida y las dificultades de desarrollo intelectual y social (2).

Durante el primer año de vida se produce la etapa de crecimiento y desarrollo postnatal más acelerada del ser humano. La nutrición determina consecuencias metabólicas importantes durante la infancia tardía y la adolescencia que pueden influir en la calidad de vida en la adultez. El estado nutricional en esta etapa es el mejor indicador de salud. La evaluación de los indicadores de crecimiento permite determinar si un niño crece normalmente o presenta problemas, ya sea por estados carenciales o por exceso (sobrepeso y obesidad), que requirieran de toma de decisiones y acciones para mejorar su condición (3).

En el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020, que se presenta como “ Un imperativo público para la protección y alimentación de los niños y niñas menores de dos años” ,plan comprometido con el Programa Mundial De Alimentos (PMA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que lo único que hace es resaltar la importancia del tema, no solo a nivel nacional sino a niveles internacionales, y aunque Colombia ha sido un país pionero en la fomentación de esta forma de alimentación, No se entiende cómo, y a pesar de todo lo anterior, se puede observar una prevalencia de la lactancia materna como alimento exclusivo, ronda el 42,8%, no siendo ni el 50% de todos los infantes menores de 6 meses, sumado a esto encontramos departamentos donde el tiempo de lactancia total solo alcanzo el 0,5 meses, como lo son Atlántico, Sucre y Caquetá (4).

Llegando a nivel local, en el Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes sociales Valle del Cauca Año 2016 Secretaría Departamental De Salud del Valle del Cauca Grupo de Salud Pública Grupo ASIS Valle del Cauca, 2016, arroja la preocupante cifra sobre la duración de lactancia materna exclusiva solo dura hasta los 1,6 meses, siendo 0,2 meses más corta que la media nacional, datos de la ENSIN 2010 también en el mismo análisis, la información dada por el municipio de Tuluá solo relaciona la morbilidad de la primera infancia (0 a 5 años), con la desnutrición, la cual ronda el 35,37% para el 2015 fuente SISPRO – Ministerio de Salud (5).

Con los anteriores números, y teniendo en cuenta que todos los organismos tanto internacionales como nacionales destacan la importancia de la lactancia materna como factor para un buen crecimiento y desarrollo, ya no solo de la niñez, sino también de la sociedad, se hace lógico preguntarse por qué la tasa de mujeres que lactan, y aún más las que lactan de forma exclusiva son tan pocas.

A pesar de que se han desarrollado y presentado diversos estudios sobre la adherencia y la no adherencia a la lactación en menores de 6 meses, ninguno establece una clara línea de seguimiento adaptable en el medio actual; estos estudios han revelado la desalentadora cifra de más del 50% en la no adherencia a la lactancia; prevalencia determinada por factores sociodemográficos como: ser soltera, ser madre cabeza de familia, situación laboral, nivel educativo, y percepciones personales o de entorno con respecto a la lactancia (daño de imagen corporal, dificultades en la técnica, rechazo del bebe, ganancia mayor de

peso con leches artificiales), y otros factores que aumentan la tasa de deserción de la lactancia materna exclusiva.

Es por esto que se hace necesario la búsqueda centrada en los factores propios y locales de acuerdo a la idiosincrasia de cada población que permita entender dicha problemática y crear estrategias enfocadas de una manera particular en los programas desde la consulta preconcepcional, control prenatal, posparto y crecimiento y desarrollo.

1.2 PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son los factores determinantes en la no adherencia a la lactancia materna exclusiva en el municipio de San Pedro?

2. JUSTIFICACIÓN

Durante el primer año de vida se produce la etapa de crecimiento y desarrollo postnatal más acelerada del ser humano. La nutrición determina consecuencias metabólicas importantes durante la infancia tardía y la adolescencia que pueden influir en la calidad de vida en la adultez. El estado nutricional en esta etapa es el mejor indicador de salud. La evaluación de los indicadores de crecimiento permite determinar si un niño crece normalmente o presenta problemas, ya sea por estados carenciales o por exceso (sobrepeso y obesidad), que requirieran de toma de decisiones y acciones para mejorar su condición.

A nivel mundial, sólo el 43% de los bebés menores de seis meses son amamantados de manera exclusiva, de acuerdo a la Unicef. Además, afirma que los bebés que no toman leche materna tienen 14 veces más probabilidades de morir que aquellos que se alimentan sólo de esta leche. Existen reportes claros en los que se asegura que si todos los bebés se alimentaran sólo con la leche materna, desde el momento de su nacimiento hasta los seis meses de edad, se salvarían más de 800.000 vidas al año. Si este proceso no se inicia entre 2 a 23 horas después del nacimiento, aumenta su riesgo de muerte en los primeros 28 días de vida en un 40%. Y si la lactancia es retrasada 24 horas o más, el incremento del riesgo de fallecer es de 80%, según datos de la misma organización (6).

En el estudio descriptivo transversal de Rosa Niño, titulado “Factores asociados a la lactancia materna exclusiva, realizados en la ciudad de Santiago de Chile en el

año 2012”, utiliza una sucesión de variables, que pudiesen ser establecidas de forma general, las cuales enmarcan la problemática a nivel local, siendo variables que pudiesen encontrarse en la sociedad colombiana. (7)

Estas variables fueron agrupadas en:

- Variables sociodemográficas maternas: edad, paridad, nivel educativo, ocupación, estado civil.
- Antecedentes del recién nacido: vía del parto, sexo, peso al nacer.
- Variables socio-dependientes, que evalúan características intervinientes en la duración de la lactancia materna: experiencia previa en LM anteriores, orientaciones recibidas sobre ventajas e importancia de la LM, momento en que recibió la información, principales fuentes de información, edad de inicio ingesta de jugos, leche artificial y comidas, causas de abandono de LM (8).

La lactancia materna exclusiva como bien común de la humanidad, debe ser valorada como elemento integral del bienestar de la nueva vida que está creciendo. Existen factores protectores amigos de la lactancia materna; que si bien existen, deben seguir siendo fortalecidos por el binomio madre e hijo, equipo asistencial en salud y el entorno social. Ahora bien las estadísticas y estudios realizados con anterioridad resaltan factores de riesgo enunciados con anterioridad que contribuyen de manera negativa al cumplimiento del objetivo de lograr una lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida.

Es de vital importancia la incorporación de la pareja, la familia y el entorno, para que de esta manera se brinde apoyo a la madre en este periodo de diversos cambios físicos, fisiológicos y mentales propios del puerperio; cambios aunque pasajeros, son de vital importancia en la vida del nuevo ser dependiente de cuidados, amor, educación y del mejor alimento proporcionado por la madre.

Por lo anteriormente expuesto se hace necesario que cada equipo de salud adquiera la responsabilidad de velar por el bienestar integral de la niñez de Colombia, promocionando la lactancia materna de forma exclusiva durante los 6 primeros meses de vida. Y aunque las intervenciones actuales en la promoción de esta, no se estén proporcionando los resultados esperados, es trascendental continuar en la búsqueda exhaustiva de alternativas y nuevas propuestas que generen un aumento en las estadísticas a favor de la lactancia. Dichas alternativas y propuestas se deben basar en la información y conocimientos previos de los factores que llevan a la no adherencia a la LME, para poder hacer un abordaje integral y multifactorial, que llegue directamente a la raíz del problema.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Identificar los factores que contribuyen en la no adherencia de la lactancia materna exclusiva en el municipio de San pedro en el 2018.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar la edad del niño al momento del abandono de la lactancia materna exclusiva.
- Caracterizar los determinantes de las principales variables sociodemográficas relacionados con la no adherencia a la lactancia materna exclusiva del municipio.
- Establecer una relación de los motivos del abandono y la escolaridad de la madre y cualquier tipo de educación formal y no formal recibida con respecto a la lactancia materna.
- Establecer una relación de los motivos del abandono con la edad de la madre.

3.3 Hipótesis

3.3.1 Hipótesis nula:

No existe relación entre la no adherencia a la lactancia materna exclusiva y factores sociales, culturales, demográficos.

3.3.2 Hipótesis Alterna:

existe relación entre factores sociales, culturales y demográficos y la no adherencia a la lactancia materna exclusiva.

4. MARCO TEORICO

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES.

En el trabajo conjunto entre la OMS y la UNICEF, llamado “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño”, define de forma textual a la lactancia natural como «una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres.» Según las conclusiones y recomendaciones de la reunión consultiva de expertos (Ginebra, 28 a 30 de marzo de 2001), y a través de los recorridos por las hemerotecas se encuentran extensos estudios sobre sus beneficios; también en este trabajo, la OMS relaciona la malnutrición con el 60% de las muertes en niños menores de 5 años, puntualizando que solo el 35% de los niños en edad lactante, recibieron de forma exclusiva lactancia materna (9).

Los datos internacionales brindados por la UNICEF, en su informe “A PARTIR DE LA PRIMERA HORA DE VIDA, Promover una mejor alimentación del lactante y el niño pequeño en todo el mundo, Principales hallazgos 2016”, resalta que en américa latina en el año 2015 solo el 33% de la población menor a 6 meses recibió de forma exclusiva lactancia materna (10).

Llama la atención la ausencia de información en los países con mayores ingresos, aunque poca pero alarmante, en Australia alrededor del 90% de las mujeres iniciaban LM pero, a los 6 meses, sólo el 2% habían continuado con la LME, esto

a datos del 2010, En Estados Unidos para el 2013, iniciaban lactancia materna 76% siendo exclusiva a los 6 meses solo el 16%. Aun en los países del norte de Europa que tenían un gran inicio de practica de lactancia materna, con cifras cercanas al 100%, no fueron salvados del abrupto descenso en lactancia materna exclusiva a los 6 meses, llegando a números que se esperaba en países menos desarrollados, concretamente solo el 20%; peor situación encontramos en los países pertenecientes a Reino Unido, con un inicio del 77% pero que a los 6 meses solo aproximaba al 1%, estos datos analizados por el comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría en su informe sobre: “Lactancia Materna En Cifras: Tasas De Inicio Y Duración De La Lactancia En España Y En Otros” (11).

Explorando países más cercanos a las fronteras colombianas, en el estudio “Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida” realizado por Remigio Rafael Gorrita Pérez se observa como Cuba, se aleja aún más de los números mundiales con solo un 26% de niños alimentados de forma exclusiva por leche materna (12), Chile mejora la marca ascendiendo a un 41,6%, para el 2011, pero lejos de la meta propuesta por el estado chileno de llegar a 60%, datos provistos por Salomé Valenzuela Galleguillos en su trabajo: “Factores Que Influyen En La Disminución De Lactancia Materna Exclusiva Hasta Los 6 Meses De Vida: Revisión Temática Y Contexto En Chile” (13); también se encuentran países con números peores, como son el caso de Costa Rica, Zully Araya Cubero en su estudio para la universidad de Costa Rica, titulado “Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia

materna”, señala que para el 2006 este país solo alcanzaba alimentación con leche materna exclusiva a los 6 meses en un 10% de la población (14).

Se conoce que retrospectivamente desde el año 2010 Colombia cuenta con unas desalentadoras cifras comparadas con las recomendaciones por parte de la OMS sobre lactancia materna, las cuales fueron de 14,9 meses, lo que significó 9,1 meses menos de dicha recomendación, igualmente, para la lactancia materna exclusiva fue de 1,8 meses, lejos de los 6 meses sugeridos. Aun en la actualidad, en Colombia, existen cifras de desnutrición crónica del 13,2% en los niños menores de cinco años, según la encuesta nacional de seguridad alimentaria y nutricional, realizada por el ministerio de Salud en el año 2013 (15); por ello se hace necesario establecer las múltiples causas de la no adherencia a la lactancia materna exclusiva en nuestro entorno, para así identificar, estudiar y modificar a tiempo por parte de todas las instituciones privadas y públicas relacionadas con el sector salud, los factores sociodemográfico de las madres, los antecedentes del recién nacido, y factores socio-dependientes, los cuales intervienen negativamente en la eficaz adherencia a la lactancia materna exclusiva.

Celia Navarro Gil, en su estudio “Prevalencia de la lactancia materna exclusiva y causas de abandono en los dos primeros meses de vida en las comarcas de la Jacetania y Alto Gallego” del año 2013, resalta que una causal importante de incumplimiento o no adherencia a la lactancia materna exclusiva es el ámbito laboral; aunque actualmente en múltiples países se cuenta con diversa legislación que cuida y procura brindar a la materna espacios para la realización efectiva de dicha práctica, como es recomendado por la OMS. Al momento de referirnos a la

LM como tal, se ve entorpecida por diversos problemas que abarcan desde el desconocimiento de la ley por parte de la madre y del empleador, el temor materno en perder la vacante laboral o la carencia de normatividad jurídica que mejore el tiempo permitido para la LM en el entorno laboral; lo cual conllevan a que dicho proceso no culmine adecuadamente y así se vulnere el derecho a la lactancia materna. De este modo se hace necesario tener en cuenta la carga laboral de la madre o su rol a cumplir en el sitio de trabajo, el lugar de residencia y la distancia entre este y su sitio de trabajo, de igual forma el medio de transporte que se utiliza para dicho desplazamiento, el apoyo familiar, dependencia económica del hogar, nivel educativo materno y en conjunto con otras múltiples variables determinantes en el proceso (16).

La ENDS 2010 estableció que para la fecha en Colombia, solo el 56% de los recién nacidos iniciaban lactancia materna, siendo aún más preocupante la duración de la lactancia materna exclusiva que solo llega a 1.8 meses, siendo la región Caribe con 0.6 meses la zona donde la LM era más corta, seguida por la Región Central con 1.7 meses, con mejores datos se ubican la Región Orinoquía y Amazonia con 2.9 meses, seguida por la Región Oriental y por Bogotá con 2.7 y 2.6 respectivamente, muy lejos de los 6 meses recomendados por los organismos internacionales (17).

En la ENDS del 2015, recientemente divulgada enumera las causas de muerte postnatal, siendo estas en orden, después de las enfermedades respiratorias, la desnutrición, la cesación temprana de la lactancia materna exclusiva y la calidad y tiempo en que se inicia la alimentación complementaria (18).

La investigación realizada en la Universidad Nacional por Fabiola Becerra Bulla (2014) que tituló “El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna”, en mujeres santandereanas, se encontró que el 64.6% de ellas se sentían motivadas a la lactancia materna por el ejemplo de otros familiares y, que en las mujeres que recibieron apoyo, la familia ocupó el tercer lugar con un 58.7%, para lo cual se hace evidente la necesidad de vinculación directa a la familia como pilar fundamental del proceso de apoyo a la lactancia materna exclusiva. Además enfatizó sobre aquellas madres pertenecientes a una familia extensa o mono parental presentaron mayor riesgo de abandonar la lactancia materna que aquellas con familia nuclear (OR 2.06; P= 0.015 IC95%= 1.113 – 3.764)(19); la misma problemática fue abordada por el estudio titulado “Adolescent mothers a challenge facing the factors influencing exclusive breastfeeding” de Elvinia Pinilla Gomez publicado en la revista electrónica Enfermería Global en Enero del 2014, concluyó que para el caso de madres adolescentes, el acompañamiento de la familia fue determinante en la elección de la lactancia materna como método de alimentación de su hijo con una razón de prevalencia de 2.2 (IC95 %=1.0–4.8)(20).

En concordancia con lo anterior, Celia Navarro-Gil en su estudio “prevalencia de la lactancia materna exclusiva y causas de abandono en los dos primeros meses de vida en las comarcas de la Jacetania y Alto Gallego” del año 2013 encontró que la pareja fue la persona que en el 82.4% de los casos transmitió el principal apoyo a las mujeres para la lactancia al mes de nacimiento y que continuó siendo el mayor apoyo a los dos meses con un 78.6%, de este modo se debe integrar a la pareja

como actor fundamental en la totalidad del proceso de adherencia a la lactancia materna exclusiva (21).

En Colombia, Piñeros en su trabajo “Factores que inciden en la suspensión de la lactancia materna exclusiva” del 2004 en la ciudad de Villavicencio se demostró en un grupo de mujeres que a menor nivel educativo hay un mayor porcentaje de mujeres que lactan inadecuadamente: de las mujeres que no lactaron adecuadamente 34.1% tenían bachillerato completo, 42.3% no lo habían completado, 7.1% tenían primaria completa y 7.1% universidad completa, de esta forma se reconoce a el nivel de escolaridad como factor benéfico para garantizar un adecuado proceso de LME (22).

Se plantea en diversas literaturas, que la eficacia de la lactancia materna es dependiente en gran medida de la información que haya recibido la madre durante el período pre gestacional, gestacional y los primeros meses postparto, todo esto dependiente a su vez de factores sociodemográficos, mitos, realidades y hasta la autopercepción que tienen las madres frente a esta práctica, de este modo y conociendo a fondo la multicausalidad, se recomendará objetivamente cada paso a mejorar en el amplio proceso de lactancia materna, para llegar con éxito a los términos propuestos por la organización mundial de la salud.

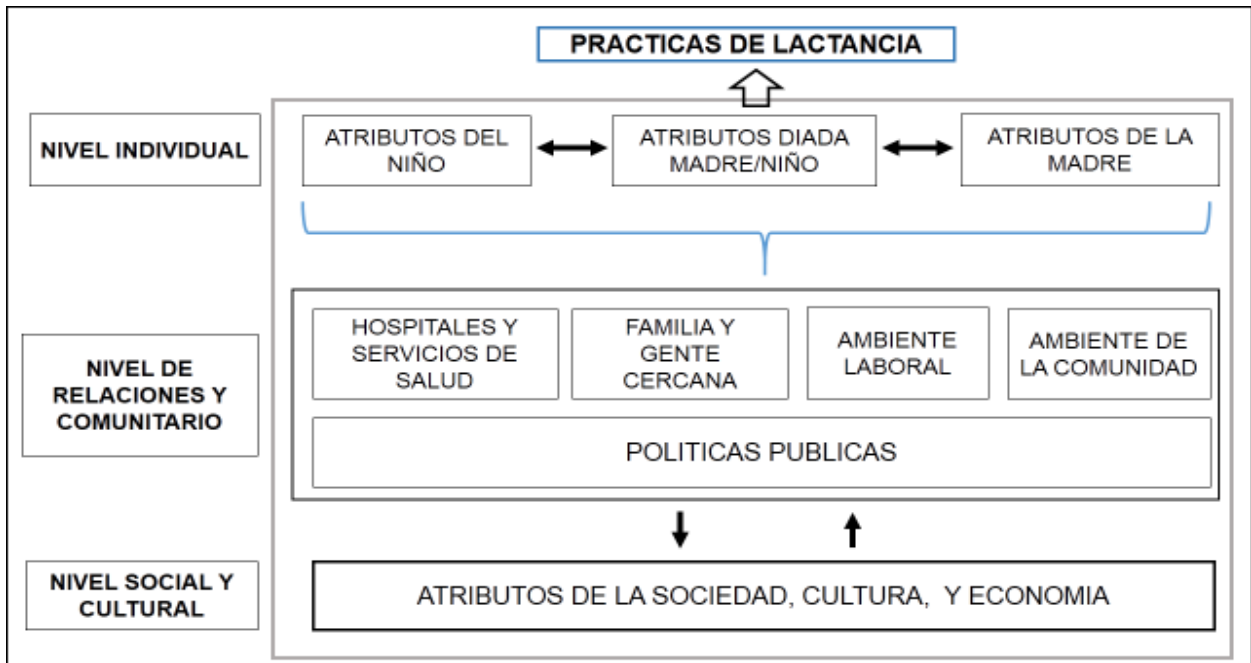
En el estudio realizado en Mayabeque, Cuba en el 2015 por Remigio Gorrita Pérez “Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida” se incluyeron causas de abandono de la lactancia materna esgrimidas por la madre. O sea, que el bebé no se llena, que llora mucho, que no aumenta de peso, que ella tiene insuficiente leche, que el niño rechaza o no quiere

coger el pecho, alguna enfermedad que ha tenido el niño por la que después no quiere tomar otro alimento, que debe adaptarse temprano a la leche, o porque la leche artificial lo pone más hermoso; o también, si la madre presenta o refiere enfermedad o defecto anatómico. Como factores sociales: el tener que trabajar, estudiar o atender otro familiar; limitación del tiempo al amamantar, o autopercepción con respecto a su figura corporal (23).

Por otro lado el Estudio descriptivo transversal de Rosa Niño, Factores asociados a la lactancia materna exclusiva, resalta como los principales motivos de abandono de la lactancia fueron “decisión propia” y percepción que él bebe “quedaba con hambre”, en un número significativo fundo su estética y en menor frecuencia a la salud del niño, trabajo o estudio materno, variables vinculadas a una lactancia exitosa fueron una experiencia previa positiva (OR 3,0 95% IC 1,5-62), menor escolaridad materna (OR 4,7 95% IC 2,4-9,2), ser dueña de casa (OR 1,8 95% IC 1,0-2,9) y sexo femenino del lactante (OR 3,6 95% IC 1,9-7,0) (24).

Tabla 1 MODELO CONCEPTUAL DE LOS FACTORES QUE AFECTAN LAS PRACTICAS DE LACTANCIA

MODELO CONCEPTUAL DE LOS FACTORES QUE AFECTAN LAS PRACTICAS DE LACTANCIA



Adaptado de Hector D, King L, Webb K, Heywood P. Factors affecting breastfeeding practices: Applying a conceptual framework. NSW public Health B. 2005 Mar-April; 16 (3-4): 52-5

4.2 MARCO REFERENCIAL

La OMS define lactancia materna como la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesita para un crecimiento y desarrollo saludable. 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 (25)

La UNICEF en su manual sobre Lactancia Materna expresa que “dar de mamar es el mejor comienzo de un niño o una niña. Dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo; es mucho más que dar alimento: es dar amor, seguridad, placer y compañía”. El cerebro humano se desarrolla casi completamente en los primeros dos años de vida (26).

La leche materna favorece su desarrollo y le da al niño o niña el alimento que necesita para estar bien nutrida. La lactancia materna contiene los aminoácidos que necesita el normal desarrollo del cerebro. También los protege contra las infecciones y enfermedades.

La OPS/OMS recomienda mayor compromiso político e inversión en la lactancia materna como un medio para promover la salud y el desarrollo infantil. (27)

La OPS referencia “la lactancia materna da a los niños el mejor comienzo en la vida, ya que la leche materna proporciona protección inmunológica y nutrientes esenciales para el desarrollo cerebral. Estos beneficios son válidos para todos los niños, tanto si nacen en países de altos o de bajos ingresos, o en familiar ricas o pobres”, dijo la doctora Carissa F. Etienne, Directora de la OPS, oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Promover la lactancia materna es del interés de todos: bebés, madres y toda la sociedad”(28)

La campaña destaca la contribución de la leche materna para la consecución de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), aprobados por Naciones Unidas en

septiembre de 2015 como un programa global de acción para poner fin a la pobreza, la desigualdad y luchar contra el cambio climático para el año 2030. (29)

La lactancia materna contribuye al ODS2, “acabar con el hambre”, dado que la leche materna proporciona toda la energía y nutrientes que un bebé necesita durante los primeros 6 meses de vida y una parte sustancial hasta los dos años. Puede ayudar a prevenir el hambre y la desnutrición en los niños y la obesidad más tarde en la vida. (30)

La lactancia materna también contribuye directamente al ODS3, “la buena salud y el bienestar”, porque la lactancia mejora significativamente la salud y la supervivencia tanto de los bebés como de las madres. (31)

La Sociedad Colombiana de Pediatría estima que en el mundo cerca de 77 millones de bebés, uno de cada dos no reciben la leche materna en sus primeras horas de vida, lo cual priva a los niños de los nutrientes, anticuerpos y el contacto con la piel de sus madres, importantes mecanismos de protección de enfermedades e, incluso, de la muerte. La sola práctica de hacer que ellos esperen demasiado tiempo para tener el primer contacto con sus mamás, fuera del útero, disminuye las posibilidades de que sobrevivan y limita la producción de leche en ellas. Lo anterior, documentado en innumerables estudios científicos alrededor del mundo (32).

La leche materna es la primera vacuna del bebé, la primera y mejor protección que tendrá contra enfermedades y trastornos. Casi la mitad de muertes de menores de 5 años son de recién nacidos y la lactancia temprana puede marcar la diferencia

entre la vida y la muerte, los componentes de la leche materna proteínas, vitaminas, defensas y células, cubren todas las necesidades nutricionales, reforzando el todavía inmaduro sistema inmunológico y protegiendo al bebé contra diferentes enfermedades (33).

Amamantar favorece que el útero de la madre se contraiga y vuelva más rápido a su sitio. La leche materna siempre está lista, a la temperatura adecuada, se digiere mejor y además es gratis. La leche materna es el alimento perfecto que la naturaleza ha diseñado para el género humano. Su composición va cambiando a medida que crece el niño, adaptándose plenamente a sus necesidades, incluso si el bebé es prematuro (34).

También, la lactancia exclusiva prolongada puede reducir el riesgo de obesidad en la infancia. Los estudios demuestran que los bebés alimentados con leche materna tienen menor riesgo de padecer diarreas, infecciones respiratorias, otitis, enfermedades atópicas, eccemas, diabetes, infecciones gastrointestinales y meningitis, entre otras (35).

Cuando el bebé es amamantado por su madre, ella segrega hormonas que desempeñan un papel fundamental en el vínculo mamá-bebé, proporcionando un alto grado de satisfacción en ella cuando percibe que es capaz de complacer las necesidades nutricionales de su hijo y él está tranquilo. En otros beneficios, promueve la pérdida de peso, la reducción de la circunferencia de cadera que acelera el retorno del útero a su tamaño normal y la reducción del riesgo de padecer cáncer de mama y ovario (36).

El período de la lactancia se inicia después del parto. El nivel de progesterona en la sangre de la madre baja progresivamente y se suprime la acción inhibidora que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche, iniciándose la secreción láctea 30-40 horas después de la eliminación de la placenta. Las mamas se llenan de calostro y el volumen de leche aumenta de 50 hasta 500 ml del primero al 4to día postparto. Dado que el momento de la eliminación de la placenta (y la consecuente depuración de progesterona) después de un parto vaginal o una cesárea son semejantes, el aumento de volumen en la producción de leche no varía según el tipo de parto. Luego del parto, hay un rápido cambio en la composición de la leche debido primero, a la disminución del sodio y cloro, que se inicia inmediatamente después del parto y se completa a las 72 horas por el cierre de los espacios inter-celulares bloqueando la vía para-celular, y luego al aumento en la síntesis de la lactosa y proteínas, al aumento de la síntesis y secreción de grasas y a los cambios en la tasa de transporte de inmunoglobulinas y otras proteínas no sintetizadas por la célula mamaria. A esto se suma la acción osmótica de la lactosa que atrae agua, produciendo un aumento del volumen de leche. La producción de calostro y la "bajada de la leche", se produce independiente del vaciamiento o la succión del niño, pero estos facilitan el establecimiento de la lactancia. Se denomina galactopoyesis al proceso que mantiene la producción de la leche una vez establecida la lactancia. Esta etapa de la lactogénesis depende tanto del ambiente hormonal del plasma materno como de la remoción de la secreción láctea de la mama y recién se habla de una lactancia establecida después los 30 días postparto cuando se ha establecido la retroalimentación entre los requerimientos del lactante y la producción de leche de

la madre. La variedad entre la velocidad de producción de leche en el ámbito de los diferentes alvéolos hace parecer que ésta se produce en forma continua.(37)

Existen dos niveles hormonales de regulación: (1) regulación de la tasa de síntesis y secreción de leche y (2) regulación de la eyección de leche. Y además, un proceso de regulación interna de la célula. Aunque estos procesos dependen de la succión del niño u otros estímulos del pezón, que permiten el vaciamiento de la mama, los mecanismos centrales y locales que participan son muy diferentes. La secreción láctea de la mama depende, por lo tanto del control endocrino, regulado por prolactina y oxitocina y del control autocrino, regulado por el vaciamiento de la mama y por el "feedback inhibitor of lactation" (FIL) o factor inhibitor de la lactancia. El reflejo liberador de prolactina es controlado por las neuronas dopaminérgicas del hipotálamo. El estímulo del pezón y de la areola produce por vía de un reflejo neurohormonal, la inhibición de la secreción de dopamina (PIF). La cantidad de dopamina que alcanza a las células lactotropas de la hipófisis anterior, determina la cantidad de prolactina secretada por ellas. El estímulo del pezón-areola inhibe la secreción de dopamina y por lo tanto permite la liberación de prolactina por la hipófisis anterior. La prolactina liberada alcanza a las células del alvéolo mamario, estimulando la secreción de la leche.(38)

Cualquier volumen de LM es protectora, esta se asocia a un 64% de reducción de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, y además existe un efecto protector residual hasta dos meses después de suspendida la lactancia.

Por otra parte, aquellos lactantes alimentados con fórmula exclusiva presentan un incremento del 80% en el riesgo de presentar diarrea. Los lactantes alimentados

con LM durante el primer año de vida presentan un 30% menos de riesgo de enfermar de diarrea por rotavirus, y además ha sido descrita como un factor protector contra la infección por Giardia tanto sintomática como asintomática.

En relación a las infecciones respiratorias, comparado con aquellos niños con LME durante los primeros seis meses de vida, los niños no amamantados presentan casi quince veces más mortalidad por neumonía. (39)

Aunque existen controversias si la LM tendría un rol protector contra la obesidad, hipertensión, dislipidemia y diabetes mellitus (DM) tipo 2 durante la adultez. Las tasas de obesidad son significativamente menores en lactantes alimentados con LM. Existe un 15 a 30% de reducción del riesgo de obesidad durante la adolescencia y adultez si existió alimentación con LM durante la infancia, comparado con aquellos no amamantados. La duración de la lactancia esta inversamente relacionada con el riesgo de sobrepeso, cada mes extra de lactancia se asocia con un 4% de disminución del riesgo. (40)

Una revisión sistémica reciente que cubrió la literatura de los últimos 50 años, concluyo que la LM por seis meses o más estaba asociada a un 19% de disminución del riesgo de desarrollar leucemia durante la infancia. De cada diez niños alimentados con LME se previene una enterocolitis necrotizante, y cada ocho se previene una enterocolitis que requiere cirugía o una muerte por esta. La LM también tiene un rol protector sobre la enfermedad celiaca, existe una reducción de un 52% de riesgo de desarrollarla en aquellos lactantes que están

con LM al momento de exponerse a alimentación con gluten. Además existe una asociación entre la duración de la LM y la reducción del riesgo cuando se evalúa la presencia de anticuerpos celíacos. Por otra parte, la LM está asociada con un 31% de reducción de riesgo de presentar enfermedades inflamatorias intestinales durante la infancia. Otro metaanálisis encontró resultados similares, y está descrito que la reducción del riesgo está correlacionado con la duración de la LM (41).

En relación al riesgo de presentar déficit atencional y trastorno de espectro autista, una revisión encontró que la LM por más de seis meses es un efecto protector para ambas condiciones. De la misma manera, la LM podría jugar un rol en la disminución del riesgo de presentar alteraciones de conducta.

“La lactancia materna está intrínsecamente relacionada con el cambio transformador necesario para el futuro más próspero y sostenible para todos”, dijo la doctora Chessa Lutter, asesora regional en alimentación asesora regional en Alimentación y Nutrición de la OPS/OMS. “en la Región de las Américas, el avance en la promoción de la lactancia materna ha sido desigual, sin embargo es posible un progreso más rápido”. Citó el ejemplo de Perú, que tuvo éxito en el aumento de las tasas de lactancia materna exclusiva desde el 33% en 1992 al 72% en 2013. “Lo que se necesita es fuerte compromiso político y la amplia acción de toda la sociedad en apoyo a la lactancia materna por el bien de todos los niños y su futuro”. (42)

4.3 MARCO CONCEPTUAL

4.3.1 Lactancia materna: según la *OMS* 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, del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

4.3.2 Lactancia materna exclusiva: según la *OMS* La lactancia exclusivamente materna consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos —ni siquiera agua— exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

4.3.3 Apego: según la *REVISTE CHIL PEDIATR* durante este periodo sensitivo se desarrolla un apego progresivo que se explica por las interacciones recíprocas entre la madre y su hijo en los primeros momentos de relación. Se produce una sincronía entre el lenguaje materno, cadencioso y movimientos del niño.

4.3.4 Adherencia: según el acta medica colombiana en la *REVISTA SCIELO*, se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a las consultas programadas (consultorio/hospital), tomar los medicamentos como se prescribieron, realizar los cambios de estilo de vida recomendados, completar los análisis o pruebas solicitadas

4.3.5 No-adherencia: según el acta medica colombiana en la *REVISTA SCIELO* Se define como "no-adherencia" la falla en el cumplimiento de instrucciones relacionadas con dar lactancia y los beneficios de la lactancia materna exclusiva, ya sea de forma voluntaria o inadvertida.

4.3.6 Hábito: según la *REAL ACADEMIA ESPAÑOLA* modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas.

4.3.7 Calostro: según *AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS*, es la primera comida de su bebe que proporciona todos los nutrientes y líquidos que su recién nacido necesita en los primeros días, así como muchas sustancias para proteger al bebé contra las infecciones. Su color y espesor se deben al hecho de que es más alto en estos factores de protección. (Comparado con la leche humana más madura, el calostro también tiene un alto contenido de proteínas, un poco menos azúcar y considerablemente menos grasa).

4.3.8 Destete: según la *REAL ACADEMIA ESPAÑOLA*, es hacer que deje de mamar el niño o las crías de los animales procurando su nutrición por otros medios

4.3.9 Adolescencia: según *OMS* define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que

experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

4.3.10 Conducta alimentaria: según la *REVISTA CHILENA DE NUTRICIÓN*, se define como el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.

4.3.11 Sobrepeso: según la *OMS* el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

4.3.12 Leche de fórmula: según las formulas infantiles del *PREOCOP* son productos alimenticios, modificados para satisfacer las necesidades fisiológicas del bebé, parcialmente o de forma total, manufacturados bajo procesos industriales acorde con normas del *Códex Alimentarius*. La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Pediatría, Gastroenterología, Hepatología y Nutrición (Espghan) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) coinciden en que la “leche de vaca, entera, descremada o semidescremada, evaporada o en cualquiera de sus presentaciones, la leche de cabra o la de cualquier otro animal no se recomiendan para la alimentación de los lactantes”

4.3.13 Ansiedad: según la *REAL ACADEMIA ESPAÑOLA* es el estado de agitación, inquietud y zozobra del ánimo.

4.3.14 Alimentación complementaria: según la OMS es el proceso que comienza cuando la leche materna por si sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, por lo que se necesita otros alimentos y líquidos, además de la leche materna

4.3.15 Ablactación: según la asociación de pediatras de Yucatán, es la introducción de alimentos diferentes a las leches maternas o sucedáneas.

4.4 MARCO LEGAL

A nivel internacional el enfoque legal está dado por las siguientes normas y acuerdos:

Alma Ata: Nueva Delhi (India) 1980, Organización Mundial de la Salud (OMS); Ginebra 1981 Cumbre Mundial a favor de la Infancia: New York – septiembre de 1989 y el Código Internacional de Sucédáneos de la Leche Materna

En la actualidad, Colombia cuenta con múltiples leyes, acuerdos, decretos y demás normas que le brindan las bases jurídicas en el tema lactancia materna, como la Ley 1472 del 2004, con el Código sustantivo del trabajo, el cual señala en su artículo 238 el descanso remunerado durante la lactancia. De igual modo, la Ley 100 del 1993 régimen de la seguridad social, la cual apoya el fomento de la lactancia materna.

Ley 1822 del 2017, por medio del cual se incentiva la adecuada atención y cuidado de la primera infancia, la cual hace extensiva la licencia de maternidad al

padre en caso de fallecimiento o enfermedad materna y brinda seguridad laboral a la madre.

Ley 1823 del 4 de enero del 2017, por medio del cual se adopta la estrategia de salas amigas de la familia lactante del entorno laboral en entidades públicas territoriales y empresas privadas.

Plan decenal de la lactancia materna 2010-2020 el cual tiene como lema: “amamantar es compromiso de todos”, fija los derroteros y retos en el periodo de 10 años para hacer realidad la generación de mejores condiciones de vida a los niños.

Decreto 1397 de 1992 por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna.

Resolución 5532 de 1979 (Ministerio de Salud): Fomento de la Lactancia Materna en Instituciones de Salud.

Decreto 1220 de 1980 (Ministerio de Salud): Reglamenta al Promoción, rótulos, empaques y envases de alimentos sustitutos y comentarios de la leche materna.

Ley 50 de 1990 (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social): Régimen Laboral Colombiano (Capítulo V) Protección a la Maternidad y Protección de Menores (Arts. 33, 237 238, 239 y 326).

Ley 12 de 1990: Cumplimiento de los Derechos del Niño.

Constitución de Colombia de 1991: Artículos 49 "...garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud".
Artículo 50: "Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia"

Decreto 1396 de 1992 (Ministerio de Salud): Por el cual se crea el Consejo Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna y, se dictan otras disposiciones.

Resolución 1801 de 1992 (I.C.B.F.): Por el cual se dispone el cumplimiento de la política para la reactivación y el apoyo a la práctica de la Lactancia Materna.

Resolución 7353 de 1992 (Ministerio de Salud): Por lo cual se dictan normas para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna.

4.5 PALABRAS CLAVE

Lactancia materna, lactancia materna exclusiva, adherencia, adolescentes, factores de riesgo, alimentación complementaria, cultura, imaginarios, educación, nutrición.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, de corte transversal

5.2 POBLACIÓN:

Mujeres lactantes con hijos menores de un año que asisten al programa de crecimiento y desarrollo en las diferentes instituciones del municipio de San Pedro, Valle del Cauca, Colombia.

5.3 MARCO MUESTRAL:

Teniendo en cuenta una población en el municipio proyectada año 2017 de 300 y una prevalencia de no adherencia a la lactancia de 50%, se tiene que para tomar el tamaño muestral con una confianza del 95%, margen de error del 5 % y una potencia del 80%, a través del programa EPIINFO 7 se tiene un total de 143 encuestas.

5.4 METODOLOGÍA:

Se incluirán aquellas madres con lactantes menores de 1 año, pero no menos de 4 meses, las cuales ya no están amamantando a su hijo(a) con el objetivo de identificar la causa del abandono de la lactancia materna mediante la encuesta realizada por el investigador, previo consentimiento informado firmado por la

madre participante. Para las madres con lactantes menores de 4 meses (al momento del primer acercamiento), se tomaran los datos personales y en un período no mayor a 2 meses se realizara un segundo acercamiento, (vía telefónica o en el lugar de control a los 6 meses de vida del lactante) si ya no está amamantando para saber la causa, así hasta completar la muestra de 143 encuestas

Se tendrán en cuenta para el abordaje de madres lactantes de las zonas rurales aledañas al Municipio de San Pedro, por medio de la promotora de salud de la institución en la medida que no sea posible ser captada por el investigador, previa asesoría a través de la enfermera jefe del programa para instruir al personal veredal en el diligenciamiento de la encuesta.

Una vez diligenciadas las encuestas, los datos serán trasladados a una base de datos del programa SPSS, licenciado por la UCEVA, donde se realizaran los respectivos análisis de las variables y encontrar los factores que se presentan con mayor frecuencia en la no adherencia a la lactancia del municipio de San Pedro.

5.5 UNIDAD DE ANALISIS:

Encuestas realizada a madres lactantes.

5.6 CRITERIOS INCLUSIÓN:

- ✓ Población inscrita en el programa de crecimiento y desarrollo, “lactario”, menores a un año, del municipio de San Pedro, Valle del Cauca.

5.7 CRITERIOS EXCLUSIÓN:

- ✓ Patologías maternas que contraindiquen la lactancia materna.
- ✓ Madres con un grado de déficit cognitivo que altere el resultado del estudio.
- ✓ Malformaciones congénitas del recién nacido que dificulten la lactancia.
- ✓ Madres lactantes menores de 14 años.
- ✓ Madres residentes temporales en el municipio de San Pedro, que no tengan previsto llegar al año en el programa de Crecimiento y Desarrollo.

5.8 CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Ver anexo 1

- Variables sociodemográficas maternas
- Antecedentes del recién nacido
- Variables socio-dependientes, que evalúan características intervinientes en la duración de la lactancia materna

5.9 PLAN DE ANÁLISIS:

Para el análisis univariado, se tendrá en cuenta que para las variables cuantitativas se buscarán medidas de tendencia central, para las cualitativas frecuencias y porcentajes, luego se harán cruces de variables (bivariado) con las variables a las que se les encuentre los mayores porcentajes y poder establecer

una relación aunque no causal por el tipo de diseño, si un valor que acerque a los factores determinantes para el Municipio. Por último determinar la prevalencia del municipio para la no adherencia a la lactancia y el tiempo de duración de dicha estrategia.

5.10 MARCO BIOÉTICO:

La presente investigación: “*Factores determinantes en la no adherencia a la lactancia materna exclusiva en el municipio de San Pedro, Valle del Cauca*” se encuentra catalogada como una investigación sin riesgo, según estipula el **Artículo 11 de la resolución 8430 de 1993**, que clasifica las investigaciones en salud en tres categorías:

- a) *Investigación sin riesgo*: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

- b) *Investigación con riesgo mínimo*: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas

de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes residuales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y un volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución.

- c) *Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo:* Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, estudios con los medicamentos y modalidades que se definen en los títulos III y IV de esta resolución, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyen procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de

asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Esta investigación se podrá llevar a cabo plenamente ya que no interferirá con la salud de la madre y el recién nacido según el **artículo 37 - CAPITULO IV** (de la resolución anteriormente nombrada), el cual cita lo siguiente: *Las investigaciones en mujeres durante el puerperio se permitirán cuando no interfieran con la salud de la madre ni con la del recién nacido.*

PRINCIPIOS ÉTICOS BIOMÉDICOS

Se tendrán en cuenta “*Los principios Éticos Básicos*” dentro de los criterios éticos generales que justifican el abordaje a realizar durante este estudio como:

- a) ***Principio de la autonomía:*** se le define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen. Presupone incluso el derecho a equivocarse al hacer una elección. Este principio constituye el fundamento para la regla del consentimiento libre e informado en el que se asume al paciente como una persona libre de decidir sobre su propio bien y que este no le puede ser impuesto en contra de su voluntad por medio de la fuerza o aprovechándose de su ignorancia.
- b) ***Principio de beneficencia:*** es la obligación de hacer el bien, como uno de los principios clásicos hipocráticos. En el clásico modelo paternalista, el profesional médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente. El actuar ético no postula

solamente el respeto de la libertad del otro: incluye el objetivo del bien. Como las miradas del bien son múltiples, dependen de los individuos y las comunidades; este principio debe ser subordinado al de la autonomía. No se puede buscar hacer un bien a costa de hacer un daño.

c) **Principio de no maleficencia:** consiste en el respeto de la integridad del ser humano y se hace cada vez más relevante ante los avances técnico-científicos. El principio de no maleficencia es un aspecto de la ética médica tradicional *primum non nocere*, pero lo relativiza y actualiza: el médico no está obligado a seguir la voluntad del paciente si la juzga contraria a su propia ética.

d) **Principio de justicia:** consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas. En este principio se entra en el campo de la filosofía social y política; se trata de regular la distribución o la asignación de los recursos limitados, insuficientes para la satisfacción de todas las necesidades y solicitudes.

Esta investigación da cumplimiento al **Artículo 5 y 6** de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos de la **Resolución 8430/1993** de Colombia que dice:

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

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

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- c) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- e) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- f) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la

investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La **Resolución 8430/1993** de Colombia en su **artículo 14 y 15** estipula las pertinentes pautas requeridas para la ejecución del Consentimiento Informado, el cual autoriza la participación de sujetos en investigaciones. El **Artículo 14** define este documento como: *“Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”*.

Dicho Consentimiento Informado describirá la información necesaria en forma completa y clara para el sujeto en investigación. Será construido a partir de los parámetros descritos en el **Artículo 15**

- a) La justificación y los objetivos de la investigación.
- b) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c) Las molestias o los riesgos esperados.
- d) Los beneficios que puedan obtenerse.
- e) Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.

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

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

La información proporcionada al equipo de investigación durante la entrevista a la madre lactante, se mantendrá bajo secreto profesional dando cumplimiento a lo convenido en el **Artículo 37 de la Ley 23/ del 18 de febrero de 1981** sobre Normas en Materia de Ética Médica que dice: "*Entiéndase por secreto*

profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales". Además de acogerse a la **Declaración de Ginebra** de la Asociación Médica Mundial que cita en su quinto párrafo: *"Guardar y respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente"*

5.11 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

La lactancia materna es fundamental para el desarrollo sostenible. Un compromiso que va más allá de la responsabilidad materna. Se requiere de un trabajo conjunto en el cual se magnifique la importancia de este vital e inigualable alimento; aprovechando cada oportunidad para educar sobre lactancia materna exclusiva, generando un movimiento social de promoción y protección que vele por el bienestar integral de cada nuevo integrante del núcleo familiar, la importancia del vínculo madre e hijo y de esta manera garantizar un mejor futuro para el país.

En la declaración de Estocolmo sobre el medio ambiente humano adaptado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente Humano, 16 Junio de 1972 se proclama que:

En los países en desarrollo, la mayoría de los problemas ambientales están motivados por el subdesarrollo. Millones de personas siguen viviendo muy por debajo de los niveles mínimos necesarios para una existencia humana decorosa,

privadas de alimentación y vestido, de vivienda y educación, de sanidad e higiene adecuadas. Por ello, los países en desarrollo deben dirigir sus esfuerzos hacia el desarrollo, teniendo presente sus prioridades y la necesidad de salvaguardar y mejorar el medio ambiente. Con el mismo fin, los países industrializados deben esforzarse por reducir la distancia que los separa de los países en desarrollo. En los países industrializados, los problemas ambientales están generalmente relacionados con la industrialización y el desarrollo tecnológico.

Hemos llegado a un momento de la historia en que debemos orientar nuestros actos en todo el mundo atendiendo con mayor solicitud a las consecuencias que puedan tener para el medio ambiente. Por ignorancia o indiferencia, podemos causar daños inmensos e irreparables al medio ambiente terráqueo del que dependen nuestra vida y nuestro bienestar. Por el contrario, con un conocimiento más profundo y una acción más prudente, podemos conseguir para nosotros y para nuestra posteridad unas condiciones de vida mejores en un medio ambiente más en consonancia con las necesidades y aspiraciones del hombre. Las perspectivas de elevar la calidad del medio ambiente y de crear una vida satisfactoria son grandes. Lo que se necesita es entusiasmo, pero, a la vez, serenidad de ánimo, trabajo afanoso, pero sistemático. Para llegar a la plenitud de su libertad dentro de la naturaleza, el hombre debe aplicar sus conocimientos a forjar, en armonía con ella, un medio ambiente mejor. La defensa y el mejoramiento del medio ambiente humano para las generaciones presentes y futuras se ha convertido en meta imperiosa de la humanidad, que ha de perseguirse al mismo tiempo que las metas fundamentales ya establecidas de la

paz y el desarrollo económico y social en todo el mundo, y de conformidad con ellas.

Para llegar a esta meta será menester que ciudadanos y comunidades, empresas e instituciones, en todos los planos, acepten las responsabilidades que les incumben y que todos ellos participen equitativamente en la labor común. Hombres de toda condición y organizaciones de diferente índole plasmarán, con la aportación de sus propios valores y la suma de sus actividades, el medio ambiente del futuro. Corresponderá a las administraciones locales y nacionales, dentro de sus respectivas jurisdicciones, la mayor parte de la carga en cuanto al establecimiento de normas y la aplicación de medidas de gran escala sobre el medio ambiente, también se requiere la cooperación internacional con objeto de allegar recursos que ayuden a los países en desarrollo a cumplir su cometido en esta esfera. Y hay un número cada vez mayor de problemas relativos al medio ambiente que, por ser de alcance regional o mundial o por repercutir en el ámbito internacional común, requerirán una amplia colaboración entre las naciones y la adopción de medidas para las organizaciones internacionales en interés de todos. La Conferencia encarece a los gobiernos y a los pueblos que unen esfuerzos para preservar y mejorar el medio ambiente humano en beneficio del hombre y de su posteridad.

También es de resaltar los principios que direccionan recursos existentes y objetivos enfocados en pro de medio ambiente; así como el impacto social y contribución de países desarrollados para la solución de problemas y

condicionantes poblaciones que sumen esfuerzos para un bienestar integral de la humanidad.

PRINCIPIO 15. Debe aplicarse la planificación a los asentamientos humanos y a la urbanización con miras a evitar repercusiones perjudiciales sobre el medio ambiente y a obtener los máximos beneficios sociales, económicos y ambientales para todos. A este respecto deben abandonarse los proyectos destinados a la dominación colonialista y racista.

PRINCIPIO 18. Como parte de su contribución al desarrollo económico y social se debe utilizar la ciencia y la tecnología para descubrir, evitar y combatir los riesgos que amenazan al medio ambiente, para solucionar los problemas ambientales y para el bien común de la humanidad.

PRINCIPIO 24. Todos los países, grandes o pequeños, deben ocuparse con espíritu de cooperación y en pie de igualdad de las cuestiones internacionales relativas a la protección y mejoramiento del medio ambiente. Es indispensable cooperar, mediante acuerdos multilaterales o bilaterales o por otros medios apropiados, para controlar, evitar, reducir y eliminar eficazmente los efectos perjudiciales que las actividades que se realicen en cualquier esfera puedan tener para el medio ambiente, teniendo en cuenta debidamente la soberanía y los intereses de todos los Estados.

La Lactancia Materna tiene un gran impacto social. Supone un gran ahorro económico en el presupuesto familiar, no sólo por lo que se ahorra por la compra de leche artificial sino por el menor consumo de consultas médicas, ingresos

hospitalarios, medicamentos y otros recursos sanitarios. Por otro lado, la reducción del número de episodios de enfermedad en los niños amamantados en los primeros meses de vida disminuye el absentismo laboral de los padres.

Como Beneficio medioambiental. Disminuye la huella ecológica (botes de fórmula, biberones, tetinas) ya que no genera residuos, contribuyendo al cuidado del planeta.

En la Declaración de Rio de Janeiro sobre el Medio Ambiente y Desarrollo proclama que:

PRINCIPIO 1 Los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sostenible. Tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la naturaleza.

PRINCIPIO 3 El derecho al desarrollo debe ejercerse en forma tal que responda equitativamente a las necesidades de desarrollo y ambientales de las generaciones presentes y futuras.

PRINCIPIO 5 Todos los Estados y todas las personas deberán cooperar en la tarea esencial de erradicar la pobreza como requisito indispensable del desarrollo sostenible, a fin de reducir las disparidades en los niveles de vida y responder mejor a las necesidades de la mayoría de los pueblos del mundo.

PRINCIPIO 20 Las mujeres desempeñan un papel fundamental en la ordenación del medio ambiente y en el desarrollo. Es, por tanto, imprescindible contar con su plena participación para lograr el desarrollo sostenible.

PRINCIPIO 21 Debería mobilizarse la creatividad, los ideales y el valor de los jóvenes del mundo para forjar una alianza mundial orientada a lograr el desarrollo sostenible y asegurar un mejor futuro para todos.

PRINCIPIO 22 Las poblaciones indígenas y sus comunidades, así como otras comunidades locales, desempeñan un papel fundamental en la ordenación del medio ambiente y en el desarrollo debido a sus conocimientos y prácticas tradicionales. Los Estados deberían reconocer y apoyar debidamente su identidad, cultura e intereses y hacer posible su participación efectiva en el logro del desarrollo sostenible.

PRINCIPIO 25 La paz, el desarrollo y la protección del medio ambiente son interdependientes e inseparables.

PRINCIPIO 27 Los Estados y las personas deberán cooperar de buena fe y con espíritu de solidaridad en la aplicación de los principios consagrados en esta Declaración y en el ulterior desarrollo del derecho internacional en la esfera del desarrollo sostenible.

Por todo lo anterior, este proyecto de investigación cumple con el compromiso medio ambiental, además la mayoría de información se maneja por medio magnético y uso mínimo de hojas posibles para lo que tiene que ver con las cartas de autorización y presentaciones.

5.12 POBLACIÓN BENEFICIADA: población perteneciente al Municipio de San Pedro Valle del Cauca. Mujeres lactantes, niños y niñas menores de 1 año de edad. Por medio del presente estudio se sugerirán compromisos que favorezcan su mejor desarrollo, empatía, relación madre e hijo, vínculo familiar, capacidades cognitivas, así como el fortalecimiento del sistema inmune.

5.13 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

5.13.1 CRONOGRAMA:

Tabla 2 CRONOGRAMA

NOMBRE DEL PROYECTO: FACTORES REALCIONADOS A LA NO ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN TULUÁ 2018

AUTOR: GRUPO DE INVESTIGACIÓN 1, IX SEMESTRE MEDICINA, UCEVA

PROYECTO

CÓDIGO	ACTIVIDAD	CÓDIGO ACTIVIDAD															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	Inicio del proyecto																
1.1.1	Descripción de cada uno de los miembros del equipo: debilidades, fortalezas, gustos e	X															
1.1.2	Elección de un(a) líder para el grupo	X															
1.1.3	Documento Impreso del Analisis DOFA	X															
1.1.1	Fundamentacion Teorica (Definiciones)	X															
1.2.2	Antecedentes Historicos	X															
1.2.3	Datos Estadísticos (estudios previos, situacione nacional departamental y local)	X															
1.2.4	Marco Normativo	X															
1.2.3	Elaboracion Del Anteproyecto	X															
2.1.1	Elaboración documento extenso por capitulos		X														
2.1.2	desarrollo del estado del arte		X														
2.1.3	construcción fichas bibliograficas		X														
2.1.4	Construccion 1, 2 , 3 capitulo del anteproyecto		X														
2.2.1	planteamiento del problema			X													
2.2.2	formulación del problema			X													
2.2.3	justificación			X													
2.2.4	presentación informe asesora metodologica			X													
2.2.5	Creación del marco teórico				X												
2.2.6	convertir el estado del arte en el marco teórico			X													
2.2.7	documentacion de la literatura en estudios de investigación			X													
3.1.1	consolidar los analisis de arrticulos con cada uno de los integrantes del grupo				X	X											
3.1.2	Construccion de marco referencial				X	X											
3.1.3	construcción del marco antecedentes						X										
3.1.4	construcción del marco conceptual						X										
3.1.5	construcción del marco legal, bioetico							X									
4.1.1	capitulo 5 metodologia							X	X	X	X						
4.1.2	trabajo de campo en las instituciones para entrega de cartas de permiso y consentimientos											X					
4.1.3	unificar capitulos y creación del anteproyecto									X							
4.2.1	docente											X					
4.2.1	solicitud permiso comité de etica uceva										X						
4.2.1	prresentación comité investigación y docentes											X	X				

6. ANÁLISIS

Realizado el análisis estadístico univariado del porcentaje de abandono de las madres con hijos lactantes inscritos al Programa de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Ulpiano Tascón en el municipio de San Pedro Valle, se encontró que del total de los niños incluidos en esta investigación el abandono fue de 50,6% (n=83) para aquellos lactantes que recibieron menos de 180 días y 49.4% (n=81) para aquellos con 180 días o más de lactancia materna exclusiva. Sobre el momento del abandono, la media fue de 107 días (107,07), distribuidos en diferentes momentos de abandono, siendo el día cero con 11.6% (n=19), el primer día 12.2% (n=20), el día 3, 5, 18 con 0.6% (n=1) en los respectivos días, mostrando que para el total del porcentaje de abandono en el primer mes de vida fue 24.4%.

Con respecto a la caracterización sociodemográfica de las madres con hijos menores de 5 años incluidas en este estudio, refiriendo en primera instancia a la variable nivel educativo, es de resaltar que para las encuestas ninguna madre se identificó como analfabeta (n=0), ubicando a las mujeres que realizaron estudios de secundaria representó el 56,1% (n=92), seguida por mujeres que han realizado estudios de técnico 23,2% (n=38), un 19% (n=11) logro consolidar estudios de primaria, dejando a la educación superior con un 9,2%, la distribución en tecnología 4,3% (n=7) y profesionales 4,9% (n=8). Continuando con la variable oficio ejercido se encontró una distribución menos heterogénea, encabezando los resultados la respuesta: ama de casa con un 77,4% (n=127), del total de las

encuestadas, en otro extremo se encuentran las estudiantes con un 1,8% (n=3), en cuanto a las empleadas fueron el 9,8% (n=16) y las independientes un 11% (n=18); es decir, sin tener en cuenta las amas de casa el nivel de mujeres trabajadoras fue del 20,8%.

En segunda instancia en el estado civil se encontró un predominio en las parejas de unión libre, que corresponde al 70,7% (n=116) de todas las mujeres encuestadas, mientras que las madres solteras fueron el 27% (n=27), dejando a las parejas en matrimonio en último lugar con el 12,8% (n=13).

Con respecto a la conformación del núcleo familiar del menor, el que tuvo mayor predominio fue el núcleo conformado por padre, madre y hermanos en un 47,6% (n=78), seguidas de padre, madre en un 23,8% (n=39), mientras que las familias numerosas conformadas por padre, madre, hermanos, otros familiares u otros no familiares fue el 22% (n=36) y finalmente las madres solteras con un 6,7% (n=11).

Según la variable mito se encontró que el 66,6% (n=14) represento el mito cultural, siendo el más común y asociado a: tomar bebidas para aumentar la producción, uso de ropa interior oscura, ropa expuesta al sol limitaban la producción de lactancia, entre otras; frente a las recomendaciones familiares 23,8% (n=5) y creencias adquiridas por la experiencia el 9,5% (n=2).

Con respecto a la relación de los motivos del abandono de la lactancia materna exclusiva y la educación recibida por parte de las madres, se encontró que del total (n=164), el 50.5% (n=83) abandonaron antes de los 6 meses, expresando en

orden creciente los siguientes motivos: las patologías del bebe representaron el 2.4% (n=4), la patología materna el 6.7% (n=11), las condiciones asociadas a la producción de leche fue 12,8% (n=21), respecto a la percepción materna (como, el bebé no se llena, que llora mucho, que ella tiene insuficiente leche, que el recién nacido rechaza o no quiere coger el pecho) fue 23.2% (n=38) y 5,5% (n=9) de las maternas que no desearon lactar. Con base a la educación en lactancia materna se encontró que el 70.7% (n=116) recibieron educación y 29.3% (n=48) no recibieron educación en lactancia materna.

Se estableció que la media de la edad de la madre fue de 26 años (26.34) y la distribución por rango de edad fue de 68.9% (n=113) para las madres adultas, entendiendo que son aquellas entre los 20 y 35 años; en segundo lugar las adolescentes con 20.1% (n=33) las cuales se encontraban entre los 15 y 20 años y en último lugar las madres mayores de 35 años con un 11% (n=18).

Realizado el análisis estadístico bivariado entre la edad del lactante (expresado por rango) y el momento del abandono de la lactancia en días de las madres con hijos inscritos al Programa de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Ulpiano Tascón en el municipio de San Pedro Valle, se hayo que del total (n=164), el rango por edad de 0 a 11 meses+30 días representado el 17,7% (n=29); de estos, solo el 8,6% (n=7) recibió 180 días y el 26,5% (n=22) estuvo por debajo del límite. Entre el año y los 2 años+30 días el porcentaje total de niños fue 43,9% (n=72), de

los cuales el 50,6 % (n=41) tomaron durante 6 meses LME y el 37,3% (n=37) tuvieron menor tiempo de lactancia; y en último lugar se ubican los niños con edades comprendidas entre los 3 a 5 años que representaron el 38,4%(n=63), de quienes recibieron los 180 días fue el 40,7% (n=33) y 36,1% (n=30) que no cumplieron con la meta de los 6 meses.

Con respecto a la caracterización sociodemográfica, se realizó el análisis bivariado en primer lugar cruzando las variables que abarcan los factores sociodemográficos y el abandono de lactancia materna exclusiva, encontrando que del total de las madres encuestadas (n=164), el 50,6% (n=83) afirmaron haber abandonado esta práctica; y al analizarlo en los diferentes rangos de nivel educativo, se reflejaron los siguientes datos: del porcentaje dentro del nivel educativo el 57,9% (n=11) de las madres con educación primaria abandonaron la lactancia, representando el 13,3% del total de las madres que dejaron esta práctica antes del tiempo establecido. En el siguiente lugar se ubicaron las madres con estudios de secundaria, siendo el 52,2% (n=48) de las madres con este nivel educativo quienes descontinuaron la lactancia exclusiva, lo que represento el 29,3% de la totalidad de la muestra encuestada. En tercer lugar se hayo un mayor número de abandonos por parte de las madres con estudio técnico, 39,5% (n=15) de las madres que no llegaron a los 6 meses de lactación exclusiva, siendo este 18,1% de todas las madres. Con un porcentaje superior de abandono, las tecnólogas fueron quienes encabezaron la mayor proporción por nivel educativo, con el 71,4% (n=5) de madres que no lactaron de forma exclusiva hasta los 6 meses, siendo el 3% del total. En el grado educacional profesional, represento el 4,8% (n=4) del

porcentaje dentro del abandono, observando que del total de las madres fue de 2.4%.

En segundo lugar se cruzaron los diferentes escalones de la variable ocupación (ama de casa, independiente, empleada y estudiante) con el abandono de la LME, siendo dentro del oficio ejercido el 53,5% (n=68) las ama de casa con el mayor rango poblacional de abandono, lo que significó el 81,9% de todas las madres que abandonaron la práctica; de las mujeres con una actividad económica independiente fue el 10,8% (n=9) del total de abandonos, encontrando igualdad en este nivel entre las madres que no continuaron y las que si llegaron a los 6 meses con un 50%. Entre las empleadas el porcentaje de abandono dentro del oficio ejercido fue 31,3% (n=5), siendo 6% de todos los abandonos; y en cuanto a las estudiantes representó el 33,3% (n=1) de las que afirmaron no culminar una lactancia exclusiva, siendo el 1,2% del total de abandonos

En tercer lugar, se analizó la relación del estado civil con el abandono de la lactancia materna, del cual se difirió que las madres en unión libre represento el 49,1% (n=57) de los abandonos, siendo el 34,8% de todas las encuestadas; en las mujeres casadas el 47,6% (n=10) descontinuaron la LME, con el 6,1% del total de las madres encuestadas.

En cuanto a la relación de la conformación del núcleo familiar del menor con el abandono, se observó que en los hogares conformados por padre, madre, hermanos y otros familiares el abandono fue del 63,9% (n=23), siendo el 14% los

correspondientes al total de abandonos. Muy cerca estuvieron las madres cabeza de hogar con 63,6%(n=7) dentro del porcentaje de la conformación, siendo este el 4,3% del total de abandonos. Los hogares de padre, madre 43,6% (n=17) y el núcleo padre, madre y hermanos fue 46,2% (n=36) teniendo un comportamiento similar.

Del cruce de la variable abandono de la lactancia materna exclusiva con los mitos sobre esta práctica, se encontró que el 14.5% (n=12) de las maternas tenían algún mito; frente a un 85.5% (n=71) que no tenían estas creencias, adicionalmente el 11,1% (n=9) de las madres que no abandonaron LME, si tenían alguna creencia o mito sobre la LM. El total de mitos en la población encuestada fue de 12,8% (n=21).

Referente al vinculo del abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses y la relación con los motivos de abandono y el nivel educativo de las madres, se encontró que del total de las madres, lo concerniente a la percepción materna fue 23,2% (n=38), el porcentaje de distribución dentro del nivel educativo fue 7,4% (n=5) para la madres con preparación tecnológica, siendo las que mostraron mayor tasa de abandono respecto de las otras. Siguiendo el orden de comportamiento con una mínima diferencia están las madres que culminaron la secundaria y primaria con el 23,9% (n=22) y 21,1% (n=4) respectivamente; de la madres formadas con título técnico el abandono fue del 15,8% (n=6) y finalmente se ubican la mujeres profesionales con el 12,5% (n=1) siendo el nivel educativo algo cuestionable respecto al abandono de la LME.

Con un segundo lugar el motivo de abandono referente a alteración en la producción de leche fue 12,8% (n=21). El porcentaje de distribución dentro del nivel educativo fue 8,5% (n=14) para las madres que recibieron educación secundaria, siendo las que mostraron mayor tasa de abandono; siguiendo el orden de comportamiento, están las madres que cursaron educación técnica con 2,4% (n=4), seguidas de 1,8% (n=3) para las madres que recibieron educación primaria. Relacionadas con este motivo de abandono no se hayo un resultado para los niveles educativos tecnológico y profesional.

En tercer lugar el motivo relacionado con patología materna se encontró que está representa el 6,7% (n=11) del total de los motivos, el porcentaje de distribución más representativo en este ítem valorado fue 3,7% (n=6) para las madres que cursaron el nivel educativo secundaria, siendo las que mostraron mayor tasa de abandono en el aporte de lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses; con una representación del 1,8% (n=3) para las madres que recibieron educación técnica, 1,2% (n=2) con educación profesional. De las encuestas realizadas no se hallaron datos numéricos para las madres con educación primaria o técnica, las cuales no representaron un comportamiento en la variable analizada.

En cuarto lugar, las que refirieron deseo de no lactar fue el 5,5% (n=9); con 1,8% (n=3) que equivale al porcentaje de distribución más representativo, dentro del cual están incluidas las madres que cursaron educación primaria y secundaria respectivamente; subsiguiente las madres que recibieron educación técnica con 1,2% (n=2); y con 0,6% (n=1) para la única madre que tuvo acceso a educación

profesional. Con este motivo de abandono no se hayo resultado para el nivel educativo tecnológico.

Según la variable patología del bebe se encontró que esta represento el 2,4% (n=4) del total; siendo la secundaria el porcentaje más significativo en este ítem valorado con 1,8% (n=3) y el 0,6% (n=1) para las madres que recibieron educación básica primaria. De las encuestas realizadas no se hallaron datos numéricos para las madres con educación técnica, tecnológica y profesional.

Sobre educación en lactancia materna y el tipo de educación recibida en lo concerniente a técnica, frecuencia, beneficios y contraindicaciones; se encontró que del total de las madres encuestadas 70,7 % (n=116) recibieron educación en técnica y frecuencia, frente a un 29,3% (n=48) que no recibieron; 68,9% (n=113) fueron educadas acerca de los beneficios de la lactancia materna, frente a un 31,1% (n=51) que no recibieron educación sobre este ítem valorado; finalmente 63,4% (n=104) recibieron educación acerca de las contraindicaciones, comparado con 36,6% (n=60) que no fueron informadas.

Finalmente se estudió la relación de los motivos de abandono con la edad de la madre, distribuidas por rango en adolescentes, adulta y añosas, en el cual se encontró que asociado a patologías del lactante con 2,4% (n=4) del total, y el porcentaje de distribución fue 1,2% (n=2) de adolescentes, 0,6% (n=1) para las de edad adulta y añosa respectivamente; para patologías de la madre fue 6,7%

(n=11), donde 3,7% (n=6) represento la edad adulta, 2,4% (n=4) las adolescentes, y 0,6% (n=1) en madres añosas; condiciones asociadas a una no producción de leche fue 12,8% (n=21), de los cuales 7,3% (n=12) fueron madres adultas, 3,7% (n=6) madres añosas y en una menor proporción 1,8% (n=3); teniendo en cuenta la percepción de la madre represento el 23,8% (n=38), de las cuales 1,3% (n=30) estuvieron en el rango de edad adulta, seguido de 4,9% (n=8) madres adolescentes y 0% (n=0) en mujeres añosas; de las madres que refirieron no deseo por lactar se expresó con 5,5% (n=9), representado en 4,9% (n=8) en edad adulta, 0,6% (n=1) madre añosa y 0% (n=0) para madre adolescente; finalmente se encontró que el 49,4% (n=81) aportaron lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, se evidencio una mayor proporción por parte de las madres adultas con 34,9% (n=56), seguido de 9,8% (n=16) en madres adolescentes y 5,5% (n=9) para madres añosas.

7. RESULTADO

Se observó que el 49,4% de las madres del municipio se adhirieron a una lactancia materna exclusiva y el 50,6% no lo hicieron; sobre la media del momento de abandono fue de 107 días (lo equivalente a un promedio de 3.5 meses de LME) y la frecuencia del momento de abandono en general se repartió en dos grupos, con el 48,8% para aquellas madres que alcanzaron la meta de 180 días y 50,3% para las madres con una lactancia inferior a los 6 meses expresada en los diferentes momentos de abandono, siendo el primer día y el día cero los de mayor representación en este grupo con el 12,2% y 11,6% respectivamente; el resto de la población estudiada tuvo un tasa de dispersión variable para el abandono de la lactancia materna exclusiva.

Se encontró que los niños de 1 a 2 años fueron los que mostraron mayor adherencia a la LME con el 50,6% del porcentaje dentro del rango de abandono, teniendo en cuenta que este dato puede estar sesgado por la veracidad de la información, ya que por la edad del niño puede no ser fácil para la madre recordar con exactitud cuándo fue el abandono. En segundo lugar, los niños entre 3 a 5 años, que con el 40,7% alcanzaron los 6 meses de LME y finalmente los niños entre 0 a 11 meses+30 días, de los cuales solo el 8,6% recibió lactancia exclusiva.

Referente a la no adherencia y la relación con las variables socio-demográficas se encontró que en el nivel educativo destaca el hecho de que ninguna de las madres encuestadas sea analfabeta, pero como contra parte respecto al nivel de

educación, las profesionales fueron el 4,9%, siendo la mayor representación encontrada en las mujeres que realizaron sus estudios en secundaria representando el 56,1%; al cruzar esta información con los datos encontrados sobre el abandono de lactancia materna de forma exclusiva, antes de los 6 meses, se puede observar que las mujeres con grado de técnico fueron las que más compromiso aparente dedicaron a la LME, el 39,5% de estas mujeres abandonaron la práctica antes de los 6 meses. En el otro extremo del espectro se hallan a las mujeres que accedieron a estudios de tecnología que casi llegan a doblar este dato, encontrando que el 71,4% aceptaron tener continuidad con la LME. En términos generales, los grados académicos, primaria, secundaria y universitaria mostraron un comportamiento más estable con 57,9%, 52,2% y 50% respectivamente con respuestas afirmativas al abandono.

Sobre el oficio ejercido se halló que el 77,4% de las mujeres se dedican de forma exclusiva a las labores del hogar, pero se encontró que en este grupo poblacional el mayor número de deserción, el 53,5% abandonaron antes de los 6 meses lo que representa el 81,9% de todos los abandonos de LME arrojados por la presente encuesta; las mujeres que desarrollan una actividad para otra persona (empleada), pudieron llegar a una lactancia efectiva de 6 meses en un 68,8%, siendo éste el mejor dato de todas las mujeres clasificadas por dedicación económica.

En cuanto al cruce de información entre el estado civil de las madres entrevistadas y el abandono de LME antes de los 6 meses, se hace evidente una diferencia entre las madres solteras, y las que viven en unión libre o que han formalizado en

matrimonio su relación, toda vez que el 59,3% de las madres solteras aceptaron haber abandonado la lactancia de forma exclusiva antes de los 180 días, mientras que los números arrojados de las madres con una pareja estable, ya sea matrimonio o unión libre son mínimas, 47,6% en unión libre y 49,1% en matrimonio afirmaron que habían dejado a un lado esta práctica.

De los hogares, las familias donde el lactante reside con sus dos padres el abandono de la lactancia materna exclusiva fue del 43,6%, cifra similar a las familias donde se encuentran circunscritos ambos padres, el lactante y hermanos del menor que fue 46,2% de estas familias, estos datos se encuentran en el otro extremo del extremo al mirar las familias monoparentales y/o extensas, con tasas de abandono de abandono similares 63,6% y 63,9% respectivamente.

El mayor mito identificado fue el relacionado con las creencias culturales con un 66,6% del total de las madres que abandonaron; seguido por las recomendaciones familiares con 23,8% y las creencias adquiridas por la experiencia con el 9,5%. Del total de la población encuestada el 12,8% afirmó tener algún tipo de mito, siendo el 7,3% del total de las madres que abandonaron la LME expresando alguna creencia sobre esta práctica y un 5,5 % a pesar de no haber abandonado la lactancia, si tenían algún mito.

De los motivos asociados al abandono se encontró que del total de las madres encuestadas, el 49,4% mostraron adherencia a la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses, frente al 50,6% que no cumplieron con la meta, manifestando

con mayor frecuencia conceptos arraigados a la percepción materna en el 23,2% y alteración en la producción de leche con 12,8% de los casos. En menor proporción se hallaron como factores determinantes en la no lactancia, patologías maternas y del bebé con el 6,7% y 2,4% respectivamente, por último está el no deseo por parte de la madre de lactar con el 5,5%.

Asociado a los diferentes motivos de abandono y el nivel educativo de la madre, el de mayor impacto fue la asociada a la percepción materna con un 23.2%, siendo el nivel educativo tecnológico el más frecuente; seguida de condiciones asociadas a la no producción de leche con 12.8% de las madres que recibieron educación secundaria siendo las que mostraron la más alta tasa de abandono para este motivo. Una menor proporción estuvo representada por patología materna con 6.7%, en las madres que cursaron secundaria se evidencio mayor tasa de abandono; seguida por el deseo de no lactar con 5.5% representado por parte de las madres que cursaron educación primaria y secundaria; y finalmente con 2.4% que pertenece a patología asociada al bebe, siendo la educación secundaria el parámetro que represento la mayor tasa de abandono.

En relación a la educación en lactancia materna y tipo de educación recibida por las madres, el 70,7% aseguran haber recibido educación en lactancia, frente al 29,3% que no la recibieron; dejando claro que en esta investigación no se incluyó una variable que permitiera identificar quien fue la fuente de información (personal del salud, cursos, familiares u otros) y el momento en el cual se educó (pre-gestacional, gestacional o postparto).

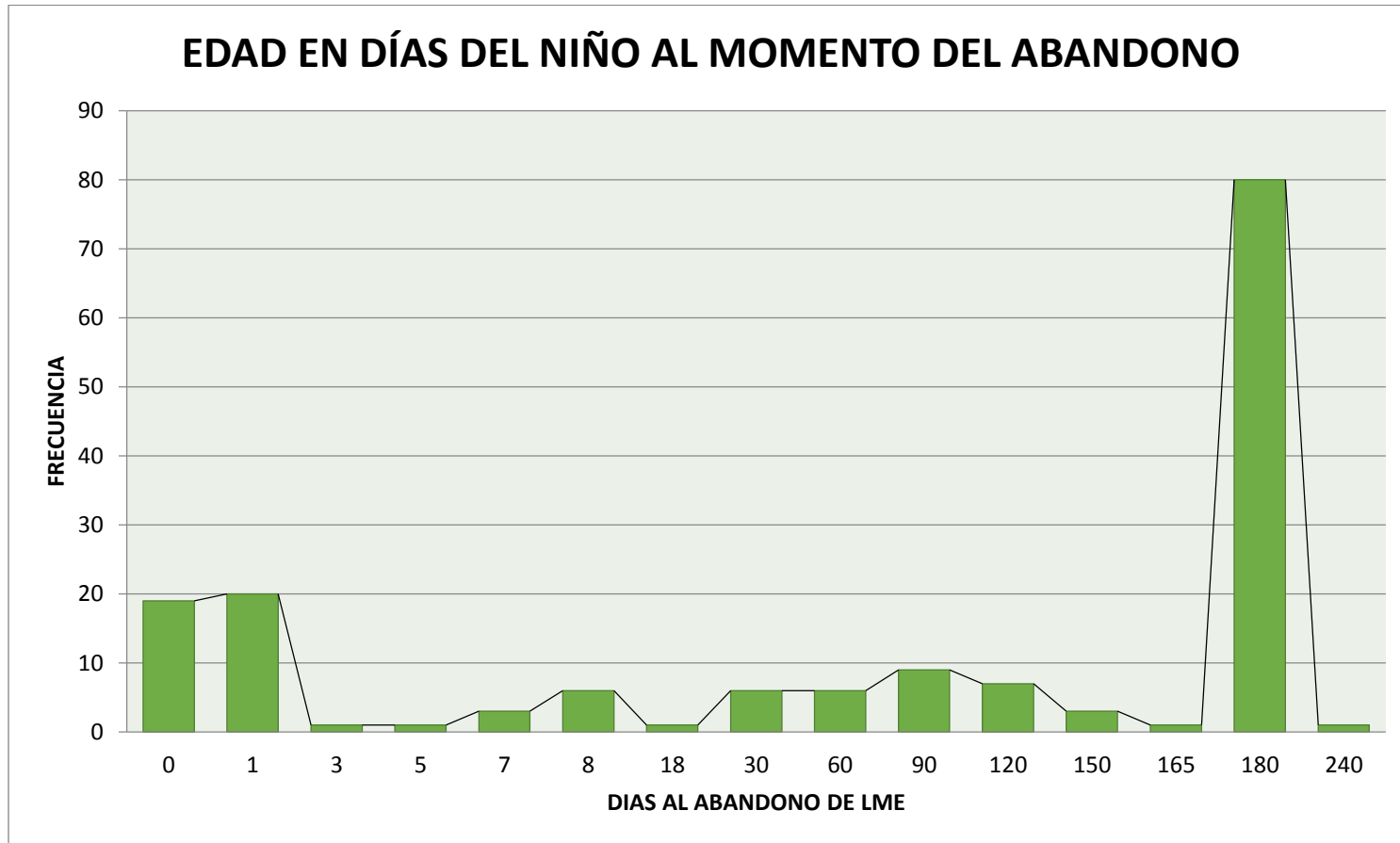
De las 164 madres el 70.7% recibieron educación en lactancia materna específica en cuanto a la técnica y frecuencia; 68.9% conocimientos acerca de los beneficios y 63.4% recibieron educación sobre las contraindicaciones.

Según las variables que asocian el motivo de abandono de LM con el rango de la edad materna, se encontró que del total de las madres encuestadas el 49,4% aportaron de forma exclusiva lactancia, siendo el porcentaje más significativo; seguido de un 23,8% para la percepción materna como causal del abandono; las condiciones asociadas a una producción inadecuada de leche 12,8%; las diferentes patologías maternas 6,7%; de las que refirieron no deseo por lactar 5,5%. La edad adulta estuvo entre las más representativas de las 4 variables anteriormente nombradas y finalmente las patologías del lactante con 2,4%, variable que presentó menor frecuencia y dentro de las cuales se asoció más a madres adolescentes.

GRAFICAS

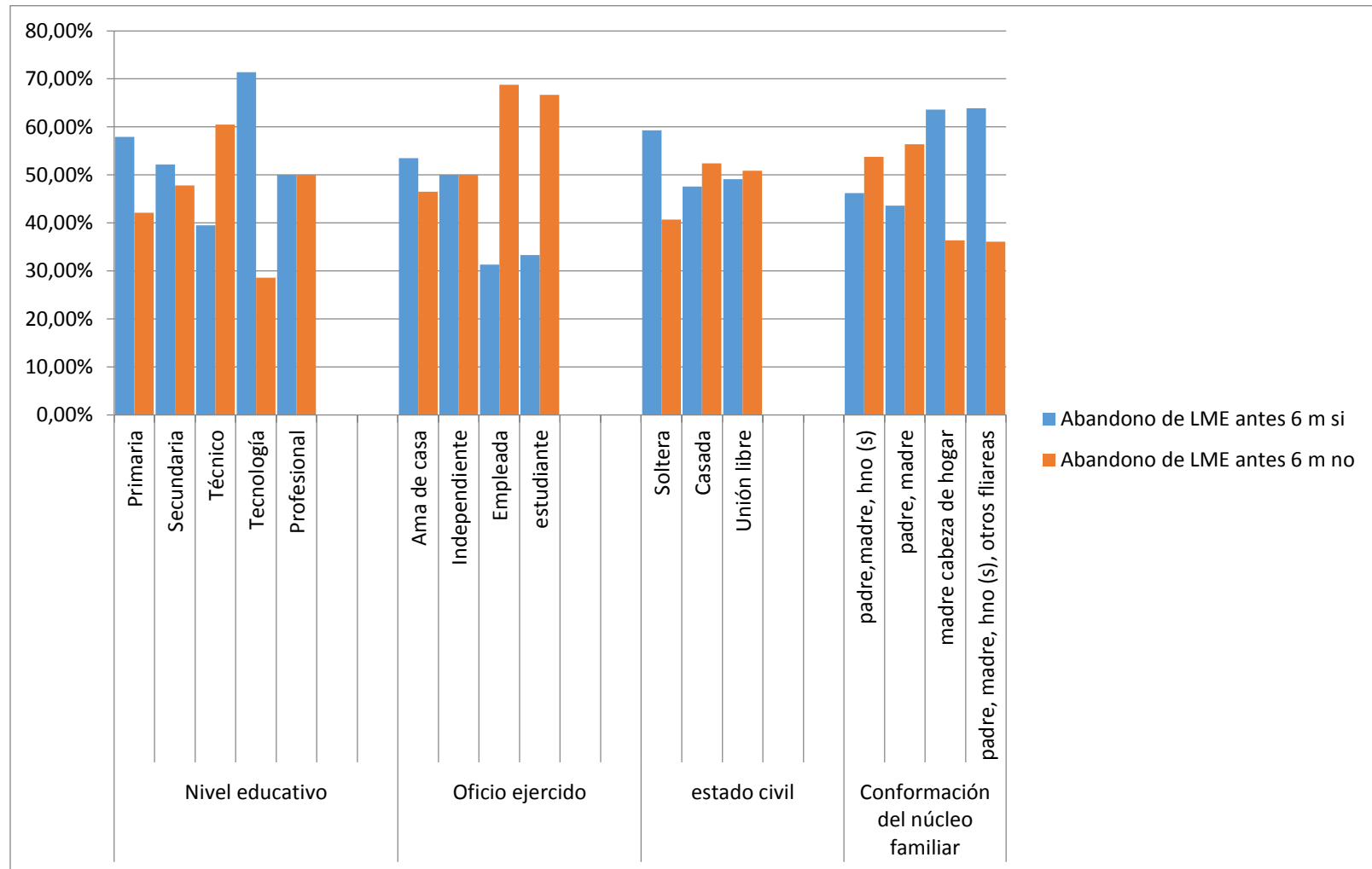
I. EDAD EN DÍAS DEL NIÑO AL MOMENTO DEL ABANDONO

1 EDAD EN DÍAS DEL NIÑO AL MOMENTO DEL ABANDONO



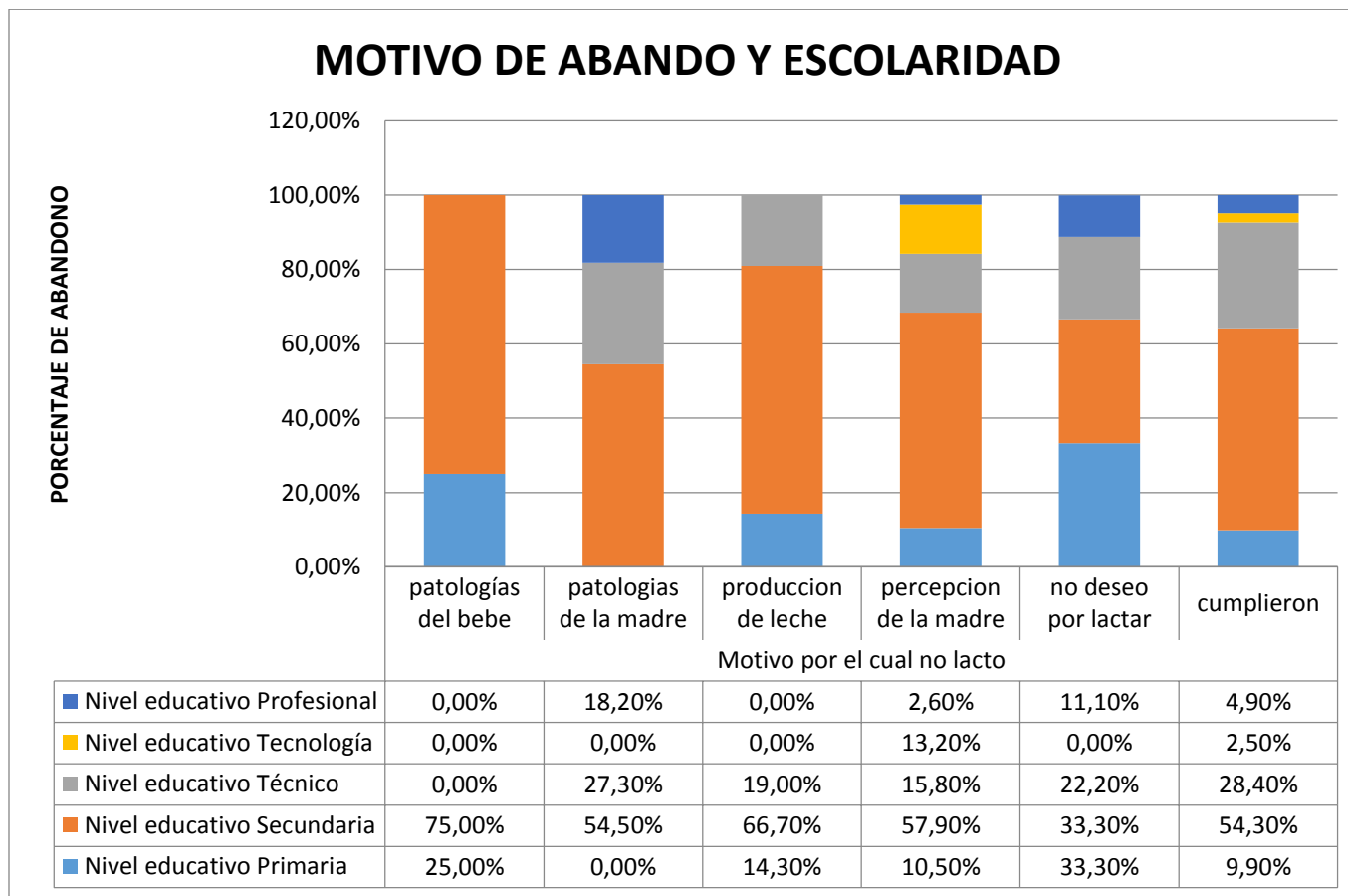
II. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS VS ABANDONO DE LME

2 FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS VS ABANDONO DE LME



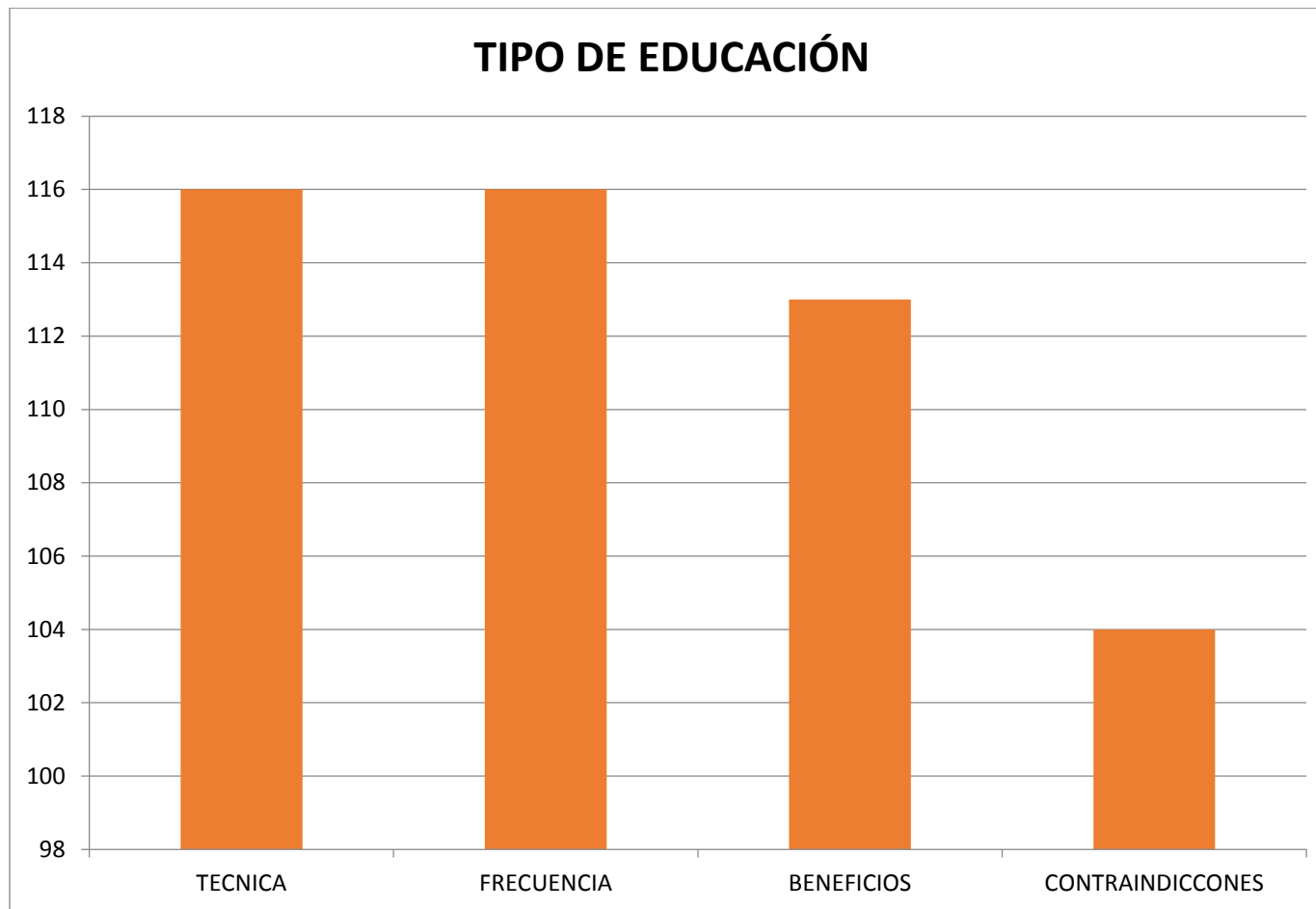
III. MOTIVO DE ABANDO Y ESCOLARIDAD

3 MOTIVO DE ABANDO Y ESCOLARIDAD



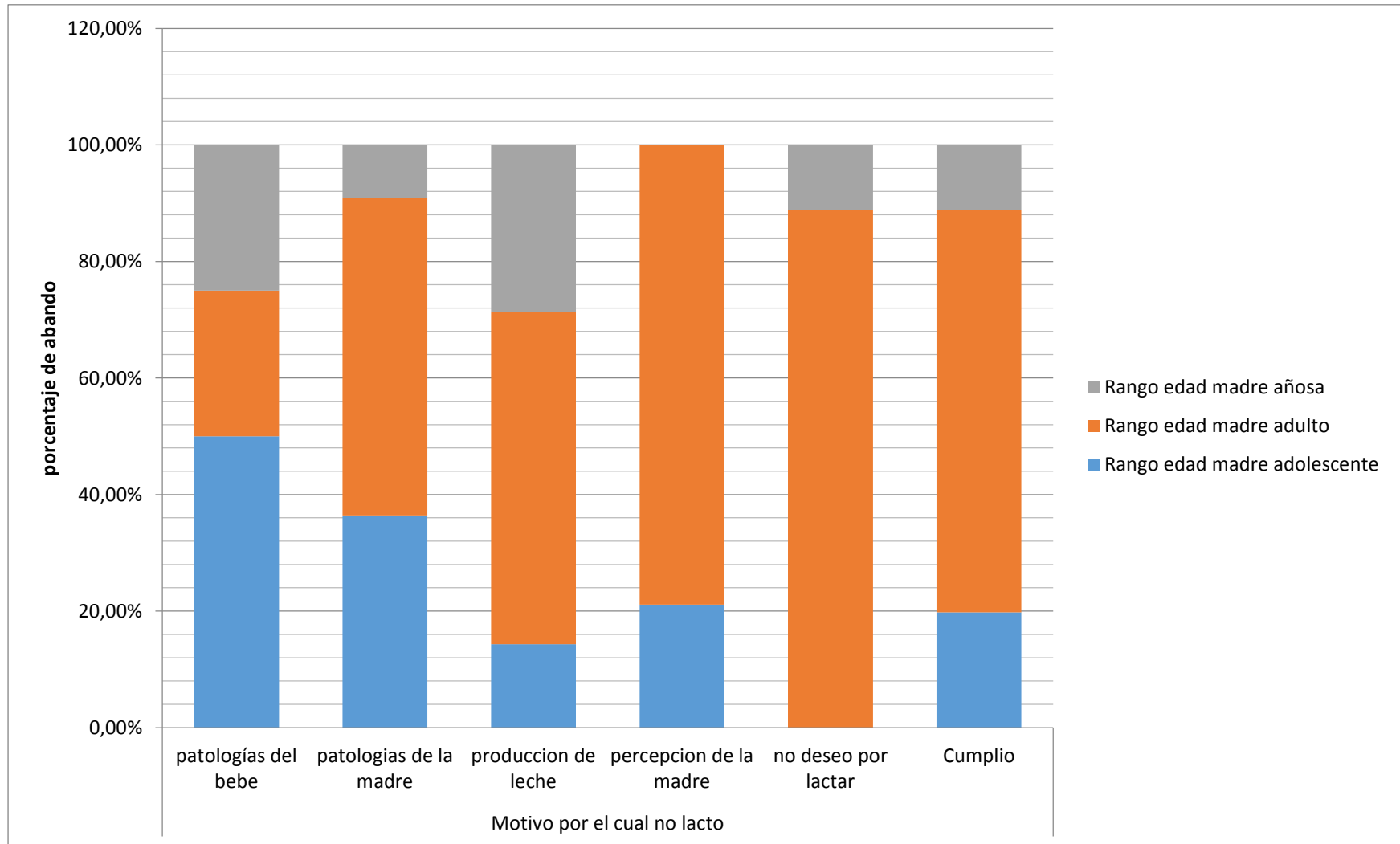
IV. TIPO DE EDUCACIÓN

4 TIPO DE EDUCACIÓN



V. Motivos de abandono según edad de la madre

5 Motivos de abandono según edad de la madre



8. DISCUSIÓN

“La malnutrición ha sido la causa, directa o indirectamente del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de cinco años; más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionadas con unas prácticas inadecuadas de alimentación, ocurren durante el primer año de vida, pues sólo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida” **(2)**. UNICEF halló en el 2016 que para el año 2015 solo el 33% de la población de América Latina lacto de forma exclusiva; datos que enmarcan la necesidad por la cual la ONU y demás entes internacionales crean la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, que tiene como objetivo mejorar, a través de una alimentación óptima, el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud; y de este modo, la supervivencia de los lactantes y los niños pequeños. La estrategia pretende ser una guía para la adopción de medidas en las cuales todos los organismos desde la familia hasta los más altos ministerios gubernamentales deberían intervenir; “Si bien es ampliamente reconocido que la lactancia materna es el alimento por excelencia que proporciona todos los nutrientes necesarios para el óptimo crecimiento, el desarrollo cognitivo, la protección de un gran número de enfermedades comunes durante los primeros meses de vida y el fortalecimiento del vínculo afectivo madre-hijo(a), la frecuencia de esta práctica en Colombia muestra una regresión sobre la cual es importante llamar la atención”**(4)**.

La ENSIN evidencia que la lactancia materna duró al menos 6 meses sólo para el 42,8% de los niños” **(4)**.

Nicolás Ignacio Ramos Rodríguez Presidente SCP recalca en su artículo para la sociedad Colombiana de pediatría, “La lactancia materna, Lo mejor para nuestros hijos” que la lactancia materna exclusiva entre los 0 y los 6 meses solamente fue practicada por el 43% de las encuestadas a nivel mundial **(6)**, cifras cercanas a las encontradas en el presente estudio, en el cual se refleja con el 49,4% que mantuvieron una lactancia exclusiva hasta los 6 meses.

En relación al tiempo adecuado para una lactancia materna óptima, la recomendación de la OMS sobre la lactancia es de 14,9 meses, siendo el promedio para Colombia de 1.8 meses de LME **(15)**; inferior a los datos arrojados por el actual estudio observando un promedio de 3.5 meses de LME para la población de San Pedro.

En el estudio de Cecilia Navarro del 2013, resalto que la no LME está relacionada con el ámbito laboral, el apoyo familiar, la dependencia económica en el hogar y el nivel educativo de la madre **(16)**; en congruencia con esté, el estudio de Piñeros “Factores que inciden en la suspensión de la lactancia materna exclusiva” del 2004 en la ciudad de Villavicencio demostró la relación del abandono con el nivel educativo de la madre, 34.1% tenían bachillerato completo, 42.3% no lo habían completado, 7.1% tenían primaria completa y 7.1% universidad completa **(22)** en comparación con los resultados obtenidos en el actual trabajo el 57,9% de las madres con educación primaria abandonaron la lactancia, 52,2% secundaria, técnico 39,5% , las tecnólogas fueron quienes encabezaron la mayor proporción

por nivel educativo, con el 71,4%, todos estos porcentajes están dados según su relación por nivel educativo y abandono.

Lo referente a la conformación del núcleo familiar como factor influyente con la LME, el trabajo realizado en el 2014 por la universidad Nacional de Colombia, de la Doctora Fabiola Becerra Bulla llevado a cabo en la población santandereana enfatizo que aquellas madres pertenecientes a una familia extensa o mono parental presentaron mayor riesgo de abandonar la lactancia materna que aquellas con familia nuclear**(19)**; similares resultados se observaron en la población estudiada, que obtuvo los siguientes datos: el 63,9% de las familias extensas y 63,6% de las monoparental, específicamente donde la madre era cabeza de hogar, abandonaron la lactancia materna antes de las fechas recomendadas.

Según la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) aplicada por el DANE a finales del año 2014 y publicada en el primer semestre de 2015 **(43)**, el 42,7% tienen como principal actividad, los oficios del hogar (ama de casa), valores que no se ven reflejados en la comunidad de San Pedro Valle del Cauca, donde se observó que el 77,4% de las mujeres se dedican de forma exclusiva a las labores del hogar, encontrándose en este grupo poblacional el mayor número de deserción a la lactancia materna con el 53,5% de abandonos antes de los 6 meses, lo que representa el 81,9% de todos los abandonos de LME arrojados por el presente estudio; las mujeres que desarrollan una actividad para otra persona (empleada),

podieron llegar a una lactancia efectiva de 6 meses en un 68,8%, siendo éste el mejor dato de todas las mujeres clasificadas por dedicación económica.

Los estudios realizados en Mayabeque, Cuba en el 2015 por Remigio Gorrita Pérez titulado “Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida” **(23)**; y en la República de Chile por Rosa Niño, “Factores asociados a la lactancia materna exclusiva” **(24)**, resaltaban como los principales motivos de abandono de la lactancia fueron “decisión propia” y percepción que él bebe “quedaba con hambre”; para el caso de las madres estudiadas se encontró en orden creciente los siguientes motivos que las llevaron a discontinuar la lactancia, como las patologías del bebe representaron el 2.4% , la patología materna el 6.7%, las condiciones asociadas a la producción de leche fue 12,8%, respecto a la percepción materna (como, el bebé no se llena, que llora mucho, que ella tiene insuficiente leche, que el recién nacido rechaza o no quiere coger el pecho) fue 23.2% y 5,5% de las maternas que no desearon lactar.

La Sociedad Colombiana De Pediatría estima que en el mundo cerca de 77 millones de bebes, uno de cada dos no reciben la leche materna en sus primeras horas de vida (32). Con relación al presente estudio se observó del 50.6% de las madres que no lactaron exclusivamente, el 48.8% alcanzaron la meta de 180 días y el otro 50,3% con una lactancia inferior a los 6 meses expresada en los diferentes momentos de abandono, siendo el primer día y el día cero los de mayor representación en este grupo con el 12,2% y 11,6% respectivamente; el resto de la población estudiada tuvo un tasa de dispersión variable para el abandono de la

lactancia materna exclusiva. De acuerdo al presente proyecto se realizó un total de 164 encuestas que buscaban ser la representación del municipio de san pedro, valle del cauca Colombia, arrojando resultados representativos y actualizado de lo que sucede en este municipio con relación a la práctica de la lactancia materna, su adherencia y motivos que llevaron a la madre a abandonarla.

9. CONCLUSIONES

✓ En cuanto a la población estudiada la media del momento de abandono fue de 107 días (lo equivalente a un promedio de 3.5 meses de LME) expresada en los diferentes momentos, se observó que durante el primer mes de vida se presentó la mayor tasa del abandono de la lactancia materna exclusiva.

✓ Las variables socio-económicas que más relación tuvo con el abandono, fueron las conformaciones familiares extensas y la familia monoparental, dejando a la familia nuclear como un factor de no abandono. Además se observó que las madres solteras tienden al abandono en mayor medida, mientras que las madres con relaciones en unión libre o en matrimonio, mostraron datos estadísticamente inferiores.

En cuanto al nivel educativo, se resalta que las mujeres con estudios de técnica fueron las que menos abandonaron, contrario a las tecnólogas que tuvieron la menor adherencia a la práctica de lactancia materna.

En los datos sobre actividad económica, las ama de casa y las empleadas por cuenta propia o independientes, tuvieron valores cercanos al 50% en sus respectivos grupos respecto al abandono, mientras en las mujeres empleadas tuvieron una mayor adherencia para alimentar sus bebés de forma exclusiva.

Se encontró que el mito más frecuente fue el de tipo cultural, y en lo que respecta a la relación del abandono con la existencia o no de cualquier mito, se halló que independientemente de la continuidad o el abandono de la lactancia materna exclusiva estuvieron presentes los mitos.

- ✓ De los motivos del por qué las madres no tienen adecuada adherencia a la lactancia materna de forma exclusiva, en su mayoría fue por percepción materna, como: “que no queda lleno”, “que no cogía bien el pezón”, “que no le gusto”, “que no chupaba”, fueron justificaciones para no lactar; y asociado a la producción de leche, referían “que le bajaba poco” o “no le salía leche” restringiendo al lactante a un propicio tiempo de lactancia e incluso a la ausencia total de este alimento vital.

- ✓ Respecto a la relación del motivo de abandono de LME y la escolaridad de la madre; la no adherencia se presentó con mayor frecuencia por parte de las madres con escolaridad secundaria, a excepción de la percepción materna que asocio su mayor tasa de abandono por madres con formación tecnológica. Cabe enfatizar que el tener educación básica o una de mayor nivel, no garantiza la adherencia a una lactancia exclusiva.

Además, sobre la educación recibida en lactancia y su relación como factor impactante en la adherencia, se identificó que más de la mitad de las madres incluidas en esta investigación recibieron educación que incluyo aspectos como: técnica, frecuencia, beneficios y contraindicaciones de la

lactancia materna, con mayor impacto en lo que respecta a la técnica y frecuencia.

- ✓ Es de resaltar que la edad adulta materna (20 a 35 años) representó un determinante de la lactancia materna exclusiva; con un impacto positivo al momento de garantizar este alimento vital para la mitad de los menores incluidos, pero negativamente para el resto de estos. Respecto del motivo principal de abandono, estuvo presente la percepción de la madre abarcado en su mayoría por las madres adultas.

- ✓ En general se concluye que los factores determinantes en la no adherencia de la población a estudio con mayor frecuencia fueron los sociodemográficos, siendo las conformaciones familiares un factor influyente por parte de las familias extensas y mono-parenterales; en relación con el estado civil, las madres solteras y las aquellas dedicadas al oficio, ama de casa fueron las que mayormente expresaron no haber dado continuidad a la lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses de vida del menor. También se observó cómo variable predominante la percepción materna, siendo el motivo expresado como causal del abandono y finalmente, los mitos culturales de la sociedad estuvieron presentes, pero no influyeron en la decisión de lactar según los datos estadísticos arrojados en esta investigación.

10. RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomiendan para futuros estudios enfatizar en identificar por parte de quién o quiénes se proporciona la información propicia a las madres lactantes, además de reconocer exactamente cuál momento es el más propicio para dar esta educación o si se requiere enfatizar en todas las etapas (pre-gestacional, gestacional y postparto).
- ✓ Siendo un motivo preocupante el no deseo de lactar en un porcentaje de las madres encuestadas, se sugiere fortalecer la educación en lactancia materna exclusiva en los diferentes períodos de la gestación enfatizando en los beneficios presentes y a futuro del binomio madre e hijo, sin dejar de lado la identificación de los factores psicológicos o psiquiátricos que pudiesen estar asociados al abandono.
- ✓ Se sugiere que en los programas formativos en educación de lactancia materna se generen espacios que permitan a las madres expresar libremente sus dudas, temores, mitos y conceptos equívocos; haciendo que este programa sea incluyente para todas las madres independientemente de su edad y nivel educativo.

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 4 CUADRO OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CUADRO OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	CATEGORÍA	ESCALA	DETALLE	MEDIDAS
Sexo del lactante	cualitativa	nominal	1. Femenino 2. masculino	Porcentaje , proporción
Edad de la madre	Cuantitativa	Discreta	Número de años cumplidos al momento	Media, moda, mediana, desviación estándar.
Edad del lactante	Cuantitativa	Discreta	Número de meses cumplidos al momento, sin superar los 12 meses	Media, moda, mediana, desviación estándar.
Paridad	Cualitativa	Discreta	Numero de gestaciones y partos, incluidas el lactante.	Media, moda, mediana, desviación estándar.
Nivel educativo	Cualitativa	Nominal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnica 4. Tecnología 5. Profesional	Porcentaje , proporción
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Ama de casa.	Porcentaje

			2. Independiente 3. Empleada	, proporción
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre.	Porcentaje , proporción
Apoyo de núcleo familiar	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No	
Vía del parto	cualitativa	nominal	1. Vaginal 2. Cesárea	Porcentaje , proporción
Edad gestacional al parto	Cualitativa	Nominal	1. Pre-término 2. Término 3. Post termino.	Porcentaje , proporción
Complicaciones en la gestación	Cualitativa	Nominal	1. si 2. no	Porcentaje , proporción
Educación LM	Cualitativa	Nominal	1. si 2. no	Porcentaje , proporción
De quien recibió educación	Cualitativa	Nominal	1. Técnica 2. frecuencia 3. Beneficios 4. Contraindicación	Porcentaje Proporción
Edad de inicio de ablactación	Cuantitativa	Discreta	Número de meses al iniciar ablactación.	Media, moda, mediana, desv estándar.
Abandono de LME antes de los 6 meses	Cualitativa	nominal	1. si 2. no	Porcentaje , proporción

Tiene algún mito sobre la lactancia materna	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. si 2. no 	Porcentaje Proporción
Su hijo (a) ha presentado alguna de estas enfermedades	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades respiratorias 2. Enfermedades Gastrointestinales 3. Alergias 4. Bajo peso 5. Desnutrición 6. Otros 	Porcentaje Proporción

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN INVESTIGACION

TITULO: FACTORES DETERMINANTES EN LA NO ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL MUNICIPIO DE SAN PEDRO, VALLE DEL CAUCA.

Ciudad y fecha: _____

Yo, _____ una vez informada sobre los propósitos y objetivos y posterior evaluación de la encuesta acerca de la Lactancia Materna, su aceptación o abandono. Que se llevarán a cabo en esta investigación. En la cual no existen riesgos que se puedan generar de ella. Autorizo a _____, Estudiante (s) de Medicina de quinto año de la Unidad Central del valle, para la realización del siguiente interrogatorio para fines académicos e investigativos.

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán fortalecer la importancia de la lactancia materna.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Unidad Central del Valle bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma

Documento de identidad _____ No. _____ de _____ Huella:

ANEXO 3 ENCUESTA PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA

TÍTULO: FACTORES DETERMINANTES EN LA NO ADHERENCIA A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL MUNICIPIO DE SAN PEDRO 2018

Objetivo: Identificar los factores que contribuyen en la no adherencia de la lactancia materna exclusiva en el Municipio de San Pedro en el 2018

Datos personales de la madre

1. Edad de la madre (en años)

2. Paridad

G P V A O M

3. Nivel educativo

*Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Tecnología
Profesional

4. Ocupación

Ama de casa Independiente Empleada

5. Estado civil

Soltera Casada Unión libre

6. Apoyo de núcleo familiar

SI NO

7. Conformación de la familia*

Padre, madre e hijos Madre e hijos Padre e hijos
Padre, madre, hijos y otros familiares Padre, madre, hijos y no familiares

Datos Obstétricos

1. Edad de la madre al momento del parto *

2. Controles prenatales *

SI NO CUÁNTOS:

3. Complicaciones durante el embarazo

SI NO

Datos del lactante

1. Edad gestacional al momento del parto

Pre-término Término post-término

2. Vía del parto

Vaginal Cesárea

3. Sexo del lactante

Femenino Masculino

4. Edad del lactante al momento de la entrevista

5. ¿Recibió algún tipo de educación sobre la lactancia materna?*

SI NO

6. ¿Qué tipo de educación recibió sobre lactancia materna?

Técnica Frecuencia Beneficios Contraindicaciones

7. Edad en meses del lactante en la que inicio la ablactación

8. Abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses

SI NO *Motivo: _____

9. Tiene algún mito sobre la lactancia materna

SI NO ¿Cuál?* _____

10. Su hijo (a) ha presentado alguna de estas enfermedades

Enfermedades respiratorias Enfermedades gastrointestinales

Alergias Bajo peso Desnutrición Otros

REFERENCIAS

1. López Rodríguez YN. Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial. Universitas Odontologica. (p.133) Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/17763/13994> revisado 15-08-2017
2. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. ONU Y UNICEF ISBN 92 4 356221 5 (p.5) (Clasificación NLM: WS 120) disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf revisado 23-08-2017
3. F.L.Cu, R.E. Villarreal, P.B.Rangel, R.L. Galicia, D.E. Vargas, G.L. Martínez **Factores de riesgo para sobrepeso y obesidad en lactantes** Revista chilena de nutrición, 42 (2015) (p.139) disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v42n2/art04.pdf> revisado 10-09-2017
4. Plan Decenal de Lactancia Materna, un imperativo público para la protección de los niños y niñas (p.19) disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/informe-seguimiento-estrategia-marzo-2013.pdf> revisado 13-08-2017
5. Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes sociales Valle del Cauca Año 2016 Secretaría Departamental De Salud del Valle del Cauca Grupo de Salud Pública Grupo ASIS Valle del Cauca, 2016 (p.220) disponible en: www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=13189 revisado en 23-09-2017
6. Ramos Nicolas ignacion, presidente del colegio de pediatría colombiano. “la lactancia materna, lo mejor para nuestros hijos, agosto del 2016, boletín del SCP PEDIAVOZ (p.2) disponible https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/03/Pediavoz_agosto_2016.pdf revisado en: 12-09-2017
7. R. Niño, G. Silva, E. Atalah **Factores asociados a la lactancia materna exclusiva** Rev Chil Pediatr., 83 (2012) (p 161-169) disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007 revisado en 17-08-2017
8. Ibid (p 161-169)
9. OMS y la UNICEF, llamado “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño” (p.8) disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf revisado el 17-08-2017
10. Informe mundial de UNICEF, A partir de la primera hora de vida: promover una mejor alimentación del lactante y del niño pequeño en todo el mundo, PRINCIPALES HALLAZGOS 2016 (p.8) disponible en <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/10/Spanish-UNICEF-From-the-first-hour-key-findings2016-web-fnl1.pdf> revisado el 21-09-2017
11. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países Ana Gimeno Navarro Comité de Lactancia Materna de la AEP Año de edición: 2017 disponible en

<http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-en-cifras-tasas-inicio-y-duracion-lactancia-en-espana-y->

12. Gorrita Pérez Remigio R Lactancia materna exclusiva a menores de seis meses pertenecientes al Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba Article February 2014 disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300004 revisado el 12-09-2017
13. Salomé Valenzuela Galleguillos REV FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DISMINUCIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE VIDA: REVISION TEMATICA Y CONTEXTO EN CHILE REV INT SALUD MATERNO FETAL – YO OBSTETRA. 2016 (p.13) disponible en <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143158/Factores-que-influyen.pdf?sequence=1> revisado el 21-09-2017
14. Araya,Z.y Brenes,G.(2012). Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. Rev.Enfermería Actual en Costa Rica,23,1>14 Recuperado de: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/lactanciamaterna.pdf> revisado el 21-08-2017
15. Colombia necesita mejorar la lactancia materna, Boletín de Prensa No 288 de 2013, Ministerio de Salud y Protección Social disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/lactancia-materna.aspx> revisado 23-09-2017
16. Celia.Navarro Gil Matrona del Hospital de Alta Resolución del Pirineo (Jaca,Huesca) Prevalencia de lactancia materna exclusiva y causas de abandono en los dos primeros meses de vida, en las Comarcas de La Jacetania y Alto Gállego abril2013 MEDICINA NATURISTA,2013;I.S.S.N.:1576\3080 (p.62) disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4297710.pdf> revisado el 15-09-2017
17. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010) quinta encuesta de demografía y salud Profamilia Ministerio de Salud y Protección Social disponible en <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf> revisado el 21-09-2017
18. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2015) sexta encuesta de demografía y salud Profamilia Ministerio de Salud y Protección Social disponible en profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf revisada el 21-09-2017
19. Fabiola Becerra-Bulla El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna Rev. Fac. Med. 2015 : <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051>
20. Pinilla Gómez E, Domínguez Nariño C, García Rueda A. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. Enfermería Global. 2014 disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100004 revisado el 03-10-2017
21. Celia Navarro *Op. cit.*, (p.63)
22. Piñeros BS, Camacho NJ. Factores que inciden en la suspensión de la lactancia materna exclusiva. Universidad de los Llanos. Villavicencio –

- Colombia. Rev Orinoquia. 2004. (p.181) disponible en <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/viewFile/92/87> revisado el 13-09-2017
23. Gorrita Pérez RR, Terrazas Saldaña A, Brito Linares D, Ravelo Rodríguez Y. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Rev Cubana Pediatr. 2015 disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300004 revisado el 05-10-2017
 24. R. Niño, G. Silva, E. Atalah Factores asociados a la lactancia materna exclusiva Rev Chil Pediatr., 83 (2012) disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007 revisado el 15-10-2017
 25. <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
 26. Manual original: UNICEF Honduras Adaptación UNICEF Ecuador 2012
 27. PAHO Semana Mundial de la Lactancia Materna: los lactantes alimentados con leche materna tienen un futuro más saludable, editorial PAHO URUGUAY 2017
 28. *Ibid.*, p1
 29. *Ibid.*, p1
 30. *Ibid.*, p1
 31. *Ibid.*, p1
 32. Ramos Nicolas ignacion *Op. cit.*, (p.2)
 33. Ramos Nicolas ignacion *Op. cit.*, (p.2)
 34. Ramos Nicolas ignacion *Op. cit.*, (p.2)
 35. Ramos Nicolas ignacion *Op. cit.*, (p.2)
 36. Valdés y A. Pérez FISILOGIA DE LA GLANDULA MAMARIA Y LACTANCIA V., UNICEF ARTICULO, (p.3) disponible en <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod02/FISIOLOGIA%20DE%20LA%20GLANDULA%20MAMARIA%20Y%20LACTANCIA.pdf>, revisado el 15-09-2017
 37. *Ibid.*, p.3
 38. Brahm Paulina, Valdés Verónica. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 30] ; 88(1): 07-14. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>
 39. *Ibid.*, p.7-14
 40. *Ibid.*, p.7-14
 41. *Ibid.*, p.7-14
 42. Semana Mundial de la Lactancia Materna: los lactantes alimentados con leche materna tienen un futuro más saludable, Boletín Epidemiológico Direccion de Salud Lima Metropolitana, ministerio de salud peruano, p.1 disponible en <http://disalimasur.gob.pe/administrator/application/views/templates/uploads/1471555640.pdf>

43. Encuesta de Calidad de Vida (ECV) aplicada por el DANE a finales del año 2014 y publicada en el primer semestre de 2015