

# CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE GESTANTES Y CUIDADORES SOBRE LACTANCIA MATERNA EN CINCO MUNICIPIOS CALDENSES. COLOMBIA.

María Victoria Benjumea R.\*

Nelsy Cecilia Falla M.\*\*

Liliana Jurado V.\*\*\*

Recibido en mayo 27 de 2013, aceptado en junio 24 de 2013

---

## Citar este artículo así:

Benjumea MV, Falla NC, Jurado L. Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. Colombia. Hacia promoc. salud. 2013; 18(2):66-78.

---

## Resumen

**Objetivo:** Identificar conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores de menores de dos años sobre lactancia materna, residentes en cinco municipios caldenses con las mayores tasas de mortalidad materna y prevalencia de bajo peso al nacer en 2011. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal con abordaje cualitativo y cuantitativo en 31 gestantes, 90 madres lactantes y 14 cuidadores de menores de dos años que asistían a instituciones y programas en los distintos niveles de atención en salud de Marulanda, Risaralda, Pácora, Manizales y Palestina. Las variables fueron: municipio de residencia, estrato socioeconómico, edad de madres o cuidadores, nivel de escolaridad de madres o cuidadores, ocupación de cuidadores, parentesco de cuidadores con el usuario FAMI, estado civil y conocimientos y prácticas sobre lactancia materna. **Resultados:** Los participantes concordaron en el valor y beneficios de la lactancia materna tanto para el bebé como para la madre. Las mayores distorsiones entre conocimientos y prácticas se encontraron en el tiempo adecuado para amamantar exclusivamente al bebé, en las técnicas de amamantamiento, en el proceso de destete y en los alimentos que según ellos ayudan a bajar la leche. Plantearon también que se debe amamantar durante seis meses sin incluir otros alimentos, aunque en la práctica no se cumple por diversas razones. **Conclusiones:** Los hallazgos de este estudio respaldan todavía más el papel clave que juegan el personal de salud y las instituciones de atención del parto para promover la lactancia materna exclusiva mediante la educación sobre técnicas exitosas de amamantamiento.

## Palabras clave

Lactancia materna; investigación cualitativa; conocimientos, actitudes y práctica en salud; competencia clínica; destete (*fuentes: DeCS, BIREME*).

---

\* Nutricionista Dietista. Ph.D en Salud Pública. Instituto de Investigaciones en Salud. Universidad de Caldas. Autora para correspondencia. Correo electrónico: maria.benjumea@ucaldas.edu.co

\*\* Enfermera. Especialista en Promoción de la Salud. Instituto de Investigaciones en Salud. Universidad de Caldas.

\*\*\* Enfermera. Especialista en Gestión de Proyectos de Desarrollo. Departamento Materno Infantil. Universidad de Caldas.

## KNOWLEDGE AND PRACTICES OF PREGNANT WOMEN AND CAREGIVERS ABOUT BREASTFEEDING IN FIVE MUNICIPALITIES FROM CALDAS. COLOMBIA.

### Abstract

**Objective:** To identify knowledge and practices about breastfeeding on pregnant women and under two years old children's caregivers, resident in five municipalities of the Department of Caldas with the highest rates of maternal mortality and prevalence of low birth weight in 2010. **Methods:** Cross-sectional study with qualitative and quantitative approach in 31 pregnant women, 90 lactating women and 14 under 2 years old children's caregivers attending institutions and programs at various levels of health care in Marulanda, Risaralda, Pácora, Manizales and Palestina. The variables were: municipality of residence, socioeconomic status, mothers or caregivers' age, mothers or caregivers' educational level, caregivers' occupation, caregivers' kinship with the FAMI users, marital status and knowledge and practices on breastfeeding. **Results:** Participants agreed on the value and benefits of breastfeeding for both the baby and the mother. The biggest distortions between knowledge and practices were found in adequate time to exclusively breastfeed the baby, in the breastfeeding techniques, in the weaning process and in foods that according to them help milk to come in. Also they suggested that breastfeeding must be performed during six months without including other food though, in reality, this does not happen because of several reasons. **Conclusions:** The findings of this study even yet support the key role played by health personnel and delivery care institutions to promote exclusive breastfeeding through education about successful breastfeeding techniques.

### Key words

Breast feeding; qualitative research; health knowledge, attitudes and practices; clinical competence; weaning (*source: DeCS, BIREME*).

## CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE GRÁVIDAS E LACTANTES DE CUIDADORES EM CINCO MUNICÍPIOS CALDAS. COLOMBIA.

### Resumo

**Objetivo:** Identificar o conhecimento e as práticas das mulheres grávidas e cuidadores de crianças menores de dois anos de amamentação Caldas residentes em cinco municípios com as maiores taxas de mortalidade materna e prevalência de baixo peso ao nascer em 2011. **Métodos:** Estudo transversal, com abordagem qualitativa e quantitativa em 31 grávidas, 90 mulheres em lactação e 14 cuidadores de crianças menores de 2 anos que frequentam instituições e programas em vários níveis de cuidados de saúde Marulanda, Risaralda, Pácora, Manizales e Palestina. As variáveis foram: município de residência, status socioeconômico, idade das mães ou cuidadores, o nível de escolaridade das mães ou cuidadores, cuidadores ocupação, os cuidadores de parentesco com o usuário FAMI, estado civil e os conhecimentos e práticas sobre aleitamento materno. **Resultados:** Os participantes concordaram com o valor e os benefícios do aleitamento materno para o bebê e a mãe. As principais distorções entre conhecimentos e práticas foram encontradas em um tempo adequado para amamentar exclusivamente o bebê, nas técnicas de amamentação, no processo de desmame e como eles ajudam a reduzir o leite. Também para ser levantada durante seis meses sem alimentação incluir outros alimentos, embora na prática não atingida por diversas razões. **Conclusões:** Os resultados deste estudo reforçam ainda mais o papel fundamental desempenhado pelos profissionais de saúde e instituições de prestação de cuidados de promover o aleitamento materno exclusivo por meio do ensino de técnicas de amamentação de sucesso.

### Palavras chave

Aleitamento materno; pesquisa qualitativa; conhecimentos, atitudes e prática em saúde; competência clínica; desmame (*fonte: DeCS, BIREME*).

*“Yo tengo la idea de que las recién paridas están como iluminadas por dentro y los niños se duermen horas y horas sobre ellas, oyendo ese arroyo de leche tibia que les va llenando los pechos para que ellos mamen, [...] hasta que retiren la cabeza: ‘otro poquito más, niño...’ y se les llene la cara y el pecho de gotas blancas”*  
(Yerma, Federico García Lorca).

## INTRODUCCIÓN

La alta prevalencia de la subnutrición infantil es uno de los factores que más contribuye a la persistencia del hambre. A nivel mundial, el mayor aporte al puntaje del Índice Global de Hambre –IGH– se debe al bajo peso infantil. Aunque se trata solamente de uno de los tres elementos que componen el IGH, la proporción de niños menores de cinco años con bajo peso representa casi la mitad del puntaje total a nivel mundial. La subnutrición infantil no está distribuida de manera uniforme en el planeta, se concentra en unos cuantos países y regiones (1). La evidencia reciente muestra que la ventana de oportunidad para la mejora de la nutrición infantil comprende el período que va desde nueve meses antes de nacer hasta los 24 meses de edad (1). Se trata del período en que, para su sano desarrollo, los infantes tienen una mayor necesidad de contar con cantidades adecuadas de comida sana y saludable, con servicios de salud preventivos y curativos, y con prácticas de atención apropiadas para la edad; y es también el período en que las intervenciones tienen mayores probabilidades de prevenir la subnutrición. Después de los dos años de edad, los efectos de la subnutrición son en su mayoría irreversibles (1).

Los efectos negativos de la desnutrición crónica son, en gran medida, irreversibles. Atender este problema es condición indispensable para asegurar el derecho a la supervivencia en el marco de los derechos de los niños y a su desarrollo, así como para garantizar el desarrollo de un país (2). Un estudio realizado en 2003 encontró que los menores de Zimbabwe que presentaban baja talla en edad preescolar, iniciaron la escuela siete meses

más tarde que otros menores que no presentaban baja talla en su edad preescolar, y además que las niñas y niños de baja talla perdieron en promedio 0,7 grados de escolaridad (2). Estos retrasos y pérdidas en escolaridad se traducen en una disminución del 12% en sus ingresos a lo largo de la vida.

En Caldas, la prevalencia de desnutrición crónica (13,5%) supera a la de Colombia (13,2%), a la de la subregión de Caldas, Quindío y Risaralda (11,4%) y a la de la región Central (10,7%) (3), lo que muestra que el deterioro de las condiciones socioeconómicas puede estar limitando el desarrollo del potencial del crecimiento de la población menor de cinco años que habita en el departamento.

La leche materna constituye el mejor alimento que puede darse en forma exclusiva a un niño hasta los seis meses de edad y con otros alimentos hasta los dos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han considerado por décadas a la lactancia materna (LM) como fundamental en la alimentación humana y la han promovido mediante diversas iniciativas globales. La lactancia materna ofrece beneficios sociales, como la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, la contribución a una población infantil sana y favorece la no violencia (4). No obstante lo publicado y a pesar de todas estas ventajas, la duración de la lactancia materna exclusiva ha disminuido en Colombia y en el departamento de Caldas (3).

En Colombia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– ha invertido enormes cantidades de recursos de diversa índole en programas de educación nutricional; no obstante, las estadísticas que presenta la ENSIN 2010 (3) sobre el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva y la complementación alimentaria, entre otras, llevan a preguntarse ¿qué pasa? ¿Por qué si la educación nutricional ha formado parte de las

intervenciones de las distintas instituciones para buscar la disminución de la subnutrición, ésta todavía no reporta los resultados que se esperan en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en las prácticas de los hogares colombianos en lactancia materna? ¿Será que las estrategias usadas no son las adecuadas? ¿O los contenidos definidos por el personal de salud para los programas educativos no tienen el fundamento antropológico que permita su adopción para cambios que protejan la salud infantil? (5, 6).

Todo lo descrito motivó al ICBF en Caldas y al Instituto de Investigaciones en Salud de la Universidad de Caldas a identificar los conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores de niños menores de dos años sobre la lactancia materna, residentes en cinco municipios caldenses con las mayores tasas de mortalidad materna y prevalencia de bajo peso al nacer en 2011.

## MATERIALES Y MÉTODOS

**Tipo de estudio:** descriptivo transversal con abordaje cualitativo y cuantitativo.

**Muestra y muestreo:** los cinco municipios elegidos de Caldas (Colombia), fueron: Marulanda, Risaralda, Pácora, Manizales y Palestina (con el corregimiento de Arauca), los cuales se seleccionaron de acuerdo con el interés del ICBF/Regional Caldas, el nivel de complejidad de atención en salud, la proporción del bajo peso al nacer, la razón de mortalidad materna (promedio de los años 2004 a 2009) y las medianas de lactancia materna exclusiva en el departamento de Caldas (7). Al llegar a cada municipio se tuvo que replantear la muestra pues no coincidía la información suministrada por el ICBF con lo encontrado. La mayor divergencia se encontró en el dato de las gestantes debido a que se esperaban 88, se reprogramaron 60 y solo asistieron a los grupos focales 31. El total estudiado fue de 170 personas:

31 gestantes (51,7%) y 90 madres lactantes y 14 cuidadores de niños y niñas menores de dos años (81,3%) que asistían a los hogares FAMI, al control prenatal y al programa de crecimiento y desarrollo en los distintos niveles de atención en salud de cada municipio seleccionado.

Las **variables** estudiadas fueron: municipio de residencia, estrato socioeconómico (según la clasificación del SISBEN), edad de las madres o cuidadores, nivel de escolaridad de las madres o cuidadores, ocupación de los cuidadores, parentesco de los cuidadores con el usuario de FAMI, estado civil y conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de los cuidadores y de las gestantes.

### Técnicas y procedimientos

En cada municipio se seleccionaron los hogares FAMI para la realización de los grupos focales a partir de la información suministrada por el ICBF/Regional Caldas. Con cada grupo usuario de los programas FAMI y de los programas de control prenatal y de crecimiento y desarrollo (gestantes, madres lactantes y cuidadores de menores de dos años), convocado mediante funcionarios del ICBF, se trabajó de manera independiente después de consentir su participación en el estudio; a cada participante de los grupos focales se le aplicó una encuesta semiestructurada para su caracterización, previo a la realización del grupo focal. También se entrevistaron agentes educativos del ICBF vinculados con los hogares FAMI. Para la evaluación de cada uno de los temas con los grupos focales se diseñó y probó previamente una guía de preguntas en concordancia con los objetivos del estudio. Cada sesión de grupo focal realizada en los sitios definidos por el ICBF en cada municipio, fue dirigida por un investigador con la presencia de un observador encargado de grabar la sesión. Todas las sesiones fueron registradas con fotografías para ilustrar posteriormente el informe de cada municipio. Al finalizar cada grupo focal, se transcribieron las grabaciones, se analizaron

las notas y observaciones registradas por el observador de cada grupo focal y validaron para su posterior codificación, categorización inductiva ordenando los textos según patrón de respuestas. Finalmente se llevó a cabo el análisis con el software Atlas Ti v 6.0, a partir de las categorías definidas para este estudio: beneficios que tiene la LM para las madres y los bebés, momento en que se debe amamantar o poner al pecho materno por primera vez y razones, dificultades que conlleva la LM para las madres y los bebés, lo que menos le gusta de la LM, qué influye más en la decisión de amamantar, hasta qué edad se le debe dar al niño LM exclusiva, razones para LM exclusiva hasta los seis meses, a quién le han pedido o pedirían consejos sobre cómo amamantar, cómo creen que debe realizarse el destete y razones para éste.

### **Análisis de los datos y software**

El análisis de los datos cuantitativos se realizó mediante promedio, desviación estándar, mínimo y máximo. Las variables cualitativas se describieron con sus correspondientes frecuencias absolutas y relativas. Para ello se utilizó el software SPSS v 15.0 en español. El procesamiento de la información obtenida en los grupos focales se realizó con el software Atlas Ti v 6.0 con licencia de la Universidad de Caldas.

## **RESULTADOS**

Se realizaron 26 grupos focales con 135 participantes y 23 entrevistas a profundidad con agentes educativos residentes en los municipios de Manizales, Pácora, Palestina (y su corregimiento Arauca), Marulanda y Risaralda. La distribución de los participantes en los grupos focales de acuerdo con el sitio de residencia se encontró en menor proporción en el municipio de Marulanda, coherente con el tamaño de la población. El estrato socioeconómico de los participantes muestra que la mitad de ellos pertenecía al estrato 3. En todas las variables descritas de las gestantes y los cuidadores

se observó un comportamiento heterogéneo: edad  $26,2 \pm 10,3$ , total de hijos  $1,61 \pm 1,4$ , edad en meses del hijo menor  $12,4 \pm 11,6$ , tiempo de vinculación al hogar FAMI  $10,8 \pm 9,9$ , y edad gestacional  $25,2 \pm 10,4$ .

La escolaridad en más de la mitad de los cuidadores y gestantes que participaron en los grupos focales fue baja en más de la mitad de ellos ( $n = 135$ , 51,9%). Casi 40,0% de los agentes educativos FAMI, tenía un nivel de formación superior al de secundaria (técnico, tecnológico y universitario) y solo 43,5% había terminado la secundaria. Con respecto a la ocupación de la población estudiada se encontró que 81,5% era ama de casa y solo 13,3% tenía empleo remunerado. La mayoría de los participantes en los grupos focales (90,4%) correspondió a las madres de los niños usuarios de los hogares FAMI; más de la quinta parte de ellas estaba embarazada (23,0%,  $n=31$ ). La asistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo se reportó en 88,0% ( $n=73$ ) de las madres de menores de cinco años, quienes en su mayoría consideraron importante el programa para conocer el desarrollo y las pautas de alimentación de su hijo; al programa de Control Prenatal se reportó una asistencia de 90,3% ( $n=28$ ) de las gestantes participantes en los grupos focales considerándolo importante “*para saber cómo va el bebé*”. Solo 23,7% ( $n=32$ ) de los participantes tenía un hogar conformado por padre y madre.

Más de la mitad de los agentes educativos (60,8%) tenía pareja estable (casada o en unión libre). Entre las motivaciones para desempeñarse como agente educativo, seis de ellos manifestaron su amor por los niños (26,1%); otros seis refirieron el gusto por el trabajo con la comunidad (26,1%); los once restantes plantearon la necesidad de trabajar (47,8%). La satisfacción con su trabajo referida por ellos fue notoria (muy bien 69,5% y bien 30,3%). Las razones principales fueron: “*satisfacción por ayudar a la comunidad*” (47,8%); “*por crecimiento personal*” (17,4%); y “*porque las usuarias están satisfechas y agradecidas*”

(34,8%). Las entidades que han capacitado a este talento humano han sido en mayor proporción el ICBF (21,0%) y COOASOBIEN (11,0%); le siguen ASSBASALUD, el SENA, los Bomberos y la Defensa Civil, entre otras.

### ¿Cuáles son los beneficios que tiene la LM para las madres y los bebés?

Los calificativos y ventajas más comunes referidos por las madres y cuidadores fueron: lo económico, el afectivo, la comodidad, la disponibilidad permanente, evita enfermedades para bebés y madres, protege contra el cáncer de seno y ayuda a tener mejor figura.

*“...es de mucho alimento para el bebé sobre todo las primeras horas, los primeros días igual hasta los 6 meses se les debe dar su leche materna pero igual es muy importante la primera leche que le baja a uno porque tiene muchas vitaminas para el bebé”, “viene caliente y no se tiene que preparar”, “se conoce más al hijo de uno”, “tienen una relación afectiva”, “es una ganancia de tiempo”, “integración con el hijo”, “recuperación más fácil del parto, ayuda a sanar más ligero”, “evita la depresión”, “cuando los pegan muy rápido entonces hacen que la placenta salga mucho más rápido, que se recupere mucho mejor”, “realmente es un momento que no lo cambia uno por nada”.*

### ¿En qué momento se debe amamantar o poner al pecho materno por primera vez? y ¿Por qué?

*“se debe lactar desde el momento en que nace”... “cómo los va a pegar uno ahí mismo que nazcan, si cogen al bebé y se lo llevan”... “a no ser de que a uno le hagan cesárea y no pueda, porque siempre lo llevan para incubadora mientras que uno se despierta de la cesárea, porque allá no se lo pegan a uno”,... “dicen que a la hora”. “Desde que se lo entregan a uno, porque hay muchas veces que cuando se lo llevan a uno, ya no le baja, entonces más que todo les dan teterito, pero yo le pido a Dios que cuando yo lo tenga me baje ligero porque el tetero no es como que muy bueno”.*

*“Pues inmediatamente cuando se lo llevan a uno a la camilla, para mí sí, porque cuando ellos*

*nacen son de una con el instinto de que ya uno les pone el pecho y ellos saben que tienen que succionar; entonces, yo digo que mientras más ligero los ponga, más ligero se hace presión o se succiona para que les baje más leche; pues, yo digo que inmediatamente se lo ponen a uno ahí”. Las razones expuestas son: “para que el niño vaya mirando, o para que vaya sintiendo el calorcito de la mamá”... “sí, o sea, para que ellos vayan asimilando”... “más que todo es para que ellos vayan conociendo bien quien es la mamá”. “porque nacen con mucha hambre... sí, porque igual un trabajo de parto siempre es muy largo y además si se cansa uno, ellos también deben de salir desesperaditos, y sí, mire que ellos son como con esa ansiedad de que deme algo, deme algo” ... “sí, yo digo que para que sientan el calor de la madre, porque ya saber que estaban bien calienticos en el vientre de uno y salir, entonces para que sientan el calor de uno.... para que se sientan seguros de que ya están con la mamá”...*

### ¿Cuáles son las dificultades que conlleva la LM para las madres y los bebés?

Están representadas en la inexperiencia de la madre que le genera inseguridad, en la falta de apoyo para lograr una LM exitosa y para evitar repercusiones como la mastitis y el agrietamiento de los pezones. ... *“pues eso va también como en prepararse psicológicamente, porque hay mucha gente que, por ejemplo, mi mamá a mi hermanito no lo pudo alimentar porque supuestamente ella no se preparó psicológicamente para alimentarlo, entonces no le salía alimento; que uno se prepare, que si lo va a alimentar”... “que cuando uno los va a alimentar a uno le da de pronto miedo, de primera vez cogerlos, alimentarlos, o sea, eso va en uno también que ponga cuidado cómo los va a alimentar y todo, pero pues igual a uno la primer vez le debe dar.... como susto”. .. “yo la pegaba y la pegaba y ella lloraba de hambre y pues yo le intentaba y le intentaba y nada; como más o menos a los 15 días me tocó que darle leche de tarro”... “resulta que cuando fui a alimentar la niña yo tenía el pezón invertido”,... “La mastitis*

que le da a uno, esos senos se vuelven muy duros cuando uno no le da la leche a los bebés"... "y si nos dejamos perder eso, ahí nos hace daño a nosotras", "se enferma uno del seno, para mí yo creo que dificultades hay muchas, en primer lugar, porque a pesar de que es algo afectivo es demasiado esclavizante, por una parte; por otra como ellos se apegan tanto a la leche materna, en cualquier parte quieren que uno los esté alimentando; ya uno no puede salir tranquila porque cómo va a dejar la pucheca pues"..... "yo conozco a una persona que alimentó a un niño hasta los 2 años, y ella sentada en la calle se tenía que poner camiseta ancha, y ella era en cualquier parte y el muchachito se le metía por debajo..... aterrador"; "para mí fue muy duro porque cuando yo empecé a alimentar a mi me dio ese, como dicen antiguamente "mal de la tierra" y a mí los pezones se me partieron totalmente como si se me fueran a caer".... "pues yo lo seguía pegando pero ya no era lo mismo, porque claro, él le sentía la sangre y ya no le sabía lo mismo, y el otro si fue que se me peló pero de ese si no lo podía alimentar porque me salía era materia"..... "pezones agrietados, o que si pegaba mal al niño se le podía venir con el pezón, entonces es uno como psicológicamente, preparado... cómo será sin pezón, pues debe ser duro". "...yo con mi niña , prácticamente si fue un mes fue mucho, porque no me bajó alimento... como las mamás que le dan a uno remedios, de pronto la cáscara de plátano maduro con leche y muchas cositas para uno estimular el alimento y yo no, igual me tomaba todo eso, incluso me compré un extractor que porque eso servía, y lo único que hizo mi niña, fue volverme los pezones muy dañados y muy rajados, muy agrietados; porque ella del desespero de que rico lechita y nada; no me bajaba nada, entonces, yo no sé por qué fue eso si incluso mi alimentación fue buena porque las mamás lo cuidan a uno muy bien, ¿cierto?, me daba chocolate, me dieron dizque ojo con leche porque era bueno, pero no, y Pony Malta con leche y nada...".

### **Lo que menos le gusta de la LM**

Las consecuencias por las malas técnicas de amamantamiento generan inseguridad y miedo en las madres y se convierten en el enemigo principal de la LM. ... Le sigue el pudor de las madres para alimentarlos en cualquier sitio como lo que menos les gusta de la LM.

" pues a mí, eso me dolió mucho, me echaba mucha sangre, al ver que yo ni me podía poner la ropa interior; pues, por decir, los brasieres o un top, porque duele demasiado, de verdad que sí!!".... "pues por más dolor que usted tenga, a mí me hicieron cesárea, y yo tenía un dolor horrible y me decían mamá hágale que el bebé tiene hambre, y eso que él no lloró ahí mismo, como hay unos que lloran ahí mismo como a pedir y uno los pega pero a mí no me salió".... "porque le duelen a uno mucho los senos, porque a veces como que el pezoncito se nos pela".... "que es incómodo cuando uno empieza a lactar siempre que se le tarjan los pezones, que duele mucho los primeros días, son muchas molestias"... "porque se le rajan a uno mucho los pezones de ellos mantener ahí todo el día pegados"... "porque a mí, mi hijo no se despegaba, yo no lo despegaba porque yo le tengo el pavor a esa mastitis, dicen que eso duele mucho"..... "me dolía mucho, los primeros días me tenía que poner un chupo de un tetero, me salía sangre, me peló, me rajó el pezón"... "al año me toco ir donde el médico, porque me rajó el pezón y me salía sangre, que no aguantaba ni el agua ni el jabón". ... "como vivimos en una ciudad de mucho tabú, entonces, por ejemplo, uno esta psicológicamente preparado que en cualquier parte se saca el seno y pone al bebé a comer, uno a veces dice: ¡ah no pa` sentarme aquí! ¡Pelarme el seno! ¡Como que ah!...

### **¿Qué influye más en la decisión de amamantar?**

La influencia de la experiencia de las abuelas y de las amigas y, el dolor por la mala técnica, es notoria en la decisión de amamantar y en la suspensión de la lactancia materna exclusiva.

"me parece que sólo el hecho de tenerla aquí, al lado mío y amamantarla, y que ella me mire y yo la

miro; eso va creando como una cosa muy bonita, eso es inexplicable, eso es una felicidad muy grande, yo no tengo cómo explicarles eso; es como cuando nace el bebé; la única persona que sabe, qué es lo que se siente, es la que tiene un hijo”.... “pues a ellos alimentándolos para que les dé más fuerza y nosotras, pues nos sentimos bien al darles pecho, al darles la leche” ....“tal vez para uno que ha sido muy loco en la vida, como aplacarse un poquito, coger experiencia...” “...por la noche como dice ella, es más fácil sacar la pucheca que levantarse, sacar agua caliente, leche, batir, no eso es más complicado”

### **¿Hasta qué edad se le debe dar al niño LM exclusiva?**

*Hasta los 6 meses, hasta los 2 años, hasta los 18 meses, hasta los 5 años “me lo dijo una nutricionista en Pácora”, hasta los 5 meses..., “a uno en el hospital le dicen que hasta los 6 meses, pero en el carné de crecimiento y desarrollo dice que hasta los 4” “así le tenga que dar otra cosa más o de pronto otra lechita, pero sígale bregando hasta los 6 meses”.*

### **Razones para LM exclusiva hasta los 6 meses**

*....“porque es el alimento más especial en esa época del niño”... “...después de los 6 meses se puede mezclar ya más”... “es que yo creo que hasta los 6 meses porque sale como más espesita, yo no sé que será, pero mire que después de los 6 meses o 1 año, ya es una cosita como muy aguada, ya de pronto las mamás se lo dan a los niños, pero es como por un capricho, porque ya los niños están como dicen entetaditos, pero yo creo que hasta los 6 meses, porque ya a los 6 meses es que los niños empiezan a desarrollar esa etapa de gatear y los dientecitos, entonces es como más nutritivo”...*

### **¿A quién le han pedido o pedirían consejos sobre cómo amamantar?**

En la mayoría de los casos mencionaron a la mamá, seguido de su propio deseo de amamantar. “Pues sí, mi mamá desde un principio me había dicho que era muy bueno alimentarlos y ella me

*explica bien todo, como hay que alimentarlos, y el doctor también me explico antes de salir del hospital cuando lo tuve”.*

### **¿Cómo creen que debe realizarse el destete? Y razones para éste**

*...“antes de cada comida que uno les da, irle mermando” ... “una amiga se echaba ají o betún negro en el seno”, “echándole ajo al seno, a la niña le sabía maluco”, “untándose cosas: maggi, vaporub, esmalte, sal de frutas”... “poner un vaso de leche materna al sol y así se le seca el seno a la mamá y no le vuelve a salir más leche”, “se les puede enseñar en un vasito o negociar la alimentada por una fruta o algo así”... “en el día no le doy pero en la noche sí”, “uno le empieza a dar cositas antes de los 2 años, con tetero o en vasitos que tengan chupito y así poco a poco le puede ir uno quitando”, “enseñarles horarios, ponerles tiempo”, ..”yo creo que ellos se destetan solitos, eso es un proceso, paso a paso uno se la va quitando”, .. “el destete se debe hacer por medio del tetero”... “ellos empiezan a saborear las comiditas de sal, quedan más llenitos y es más alimento que una compota” “mi mamá dice que el tetero no es bueno darlo para que no se enseñen, pero ya el tetero es para que no estén pendientes del seno de uno”... “en el hospital le dicen que para destetar a los niños no deben darle ni chupos ni tetero, deben darle con cuchara”... “unos niños le toman asco a la pucheca, otros al ver el tetero, otras comidas, frutas y verduras ya no sienten ganas de seguir tomando la leche”... “dejarlos que lloren”.*

### **Las razones más comunes para el destete fueron:**

*“porque ya es la edad de finalización”, “porque no le sale más leche o porque se le seque”, “porque le de alguna enfermedad al bebé y tenga que suspender la leche [...] por problemas de salud de la madre [...] por el consumo de medicamentos”, “por el trabajo”, “por vanidad”, “es mejor darle LM solo hasta el año y ya después de tarro”, “porque le dio mastitis”, “porque se lo sacan a uno en la calle, en cualquier parte lo van desvistiendo a uno por tomar”... “¿será*



que no le maltratan a uno el seno?, pues, digo yo, porque yo nunca he tenido esa experiencia; pero pienso que le hace daño a la mamá porque cómo la adelgaza, la acaba; un niño de siete años pegado de uno, ¡no! [...]”.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio son coherentes con los publicados por diferentes investigadores sobre el tema en diversos contextos (8, 9), y respaldan todavía más el papel clave que juegan el personal de salud y las instituciones de atención del parto para promover la lactancia materna (LM) exclusiva durante los seis primeros meses de vida (6, 10). La práctica del amamantamiento ha declinado en Colombia y en Caldas (3, 7) así como en muchos otros países (10-13). Una de las causas de la disminución de la lactancia materna exclusiva es que en algunos países las instituciones de salud han desarrollado rutinas y prácticas que son perjudiciales para su instauración y mantenimiento (14-16). Las situaciones creadas por estas prácticas no concuerdan con los objetivos definidos en el Plan Decenal de Salud de Colombia para mejorar la salud materno infantil (6) y con las metas de Desarrollo del Milenio (17).

Schellhorn y Valdés en su texto reeditado en 2010 aseveran que:

Cada cultura y época, de acuerdo a sus conocimientos, creencias y valores, desarrolla maneras propias de enfrentar la crianza y la lactancia. Si bien la mayoría de los pueblos ha respetado y estimulado la lactancia aprovechando sus ventajas, en muchas ocasiones, épocas y lugares la lactancia se ha visto entorpecida por diversas circunstancias. -El calostro ha sido un blanco preferente de creencias erradas, siendo muchas veces considerado poco útil, inservible o incluso dañino, provocando que en muchos lugares sea desechado. El propio Aristóteles concluye que no debe

ser consumido por el recién nacido. Hoy, aún se escucha decir que es una leche delgada y que no satisface al niño. -Las madres también han sido culturalmente afectadas por ideas que han contribuido al abandono del amamantamiento. Para Hipócrates la leche era una modificación de la sangre menstrual del útero, que llega allí mediante conexiones internas, idea que subsistió hasta la era moderna [...] Las drogas y medicamentos para el dolor, el manejo activo del parto, la separación del niño en las primeras horas después del nacimiento, y horarios rígidos de lactancia, etc., son un ejemplo de estas prácticas [...] Son innumerables los mitos, costumbres y rituales que, tanto negativa como positivamente, han afectado la lactancia. Pertenecen a las culturas, y en general reflejan la posición social o valoración cultural de la mujer, y la importancia asignada al desarrollo del vínculo (18).

En el Manual de Lactancia Materna publicado por la Asociación Española de Pediatría se esboza que en el inicio del siglo XX se le cambia a la especie humana su forma de alimentarse al nacer, y se introduce una leche de otra especie sin poder imaginar las consecuencias que traería para la salud infantil como desnutrición, enfermedades infecciosas y anemia, entre otras enfermedades (19). En la actualidad es muy difícil corregir el error y ya existen varias generaciones que no amamantaron a sus hijos y que tampoco lo promueven en sus hijas, perdiéndose la transmisión de conocimientos y la cultura del amamantamiento (19).

Si todo en la lactancia fuera solo instinto, no se presentarían los problemas que se han descrito en este estudio y en la mayoría de los que se han dedicado a indagar por las causas del destete precoz. La influencia cultural del amamantamiento es muy importante; la técnica o arte femenino de amamantar transmitido de madres y abuelas a hijas y a nietas, conforma el acervo cultural de la raza humana en este tema (19, 20).

De acuerdo con los planteamientos de la Asociación Española de Pediatría (19), en la pérdida de la cultura del amamantamiento intervienen tres componentes: los avances de la química y de la ingeniería de alimentos que llevaron a modificar la composición de la leche de vaca hasta la producción de los denominados sucedáneos de la leche materna con menores tasas de mortalidad que las que producía la leche de vaca sin modificar (21); la incorporación de la mujer al trabajo asalariado sumado a los intereses económicos e industriales de los productores de sucedáneos de la leche materna; y la asistencia hospitalaria del parto y la actitud del personal de salud y de la llamada “maternidad científica” (22, 23) que no garantizan el inicio del amamantamiento, aunque sea deseado por las madres inmediatamente después del parto tal como lo expresaron las madres participantes en este estudio.

La baja escolaridad de la población estudiada, la actual situación del sistema de salud colombiano que apenas empezó el proceso de recuperación de la atención primaria en salud como estrategia fundamental para lograr mejores resultados en morbilidad y mortalidad de la población vulnerable y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la notable influencia familiar descrita y publicada (24), podrían complementar la explicación de la baja duración de la lactancia materna exclusiva en la región (25).

Durante los años 90 se llevó a cabo una profunda discusión sobre los cambios e innovaciones necesarios en la educación y en los servicios de salud, para contribuir de manera efectiva con el logro de la meta de salud para todos en el año 2000 sin haber logrado el incremento en la duración de la LM exclusiva (3). Con relación al manejo de la lactancia materna, se aseveró que el personal de enfermería podía ejercer una función fundamental en promoverla y en educar a los proveedores de servicios de salud en su instauración y mantenimiento (26-28), pues ejerce un rol clave en la interacción entre el individuo y el sistema

de salud y, por tanto, está llamado a asumir un papel de liderazgo en la adopción y mantenimiento de prácticas óptimas de lactancia materna en la comunidad y en el hospital (9, 28). Se ha planteado también que dado que está directamente involucrado en la atención de la mujer durante las diferentes etapas del ciclo gestacional, en especial, cuando la información sobre la lactancia natural y el apoyo adecuado, puede influenciar la decisión de iniciar y continuar el amamantamiento (29).

El papel de los médicos también es muy importante en la promoción de la LM exclusiva y exitosa (30, 31). Según Martínez B (31):

[...] la mayoría de las madres actuales provienen de la cultura del biberón, ya que la caída de la lactancia materna llegó a su punto más bajo a finales de los años sesenta; estas mujeres desconocen prácticamente todo sobre la lactancia natural y desconfían de su propia capacidad para lactar, además de no contar con el apoyo de ningún familiar o amigo que les ayude a superar las dificultades iniciales. En la mayoría de las ocasiones, en su entorno familiar y social la única solución que les van a ofrecer para todos sus problemas es el “milagroso biberón de ayuda” que les va a conducir al fracaso en su decisión de amamantar. Los pediatras y el personal de enfermería debemos estar preparados para suplir esta carencia familiar y cultural ayudando a las mujeres a resolver los problemas iniciales de la lactancia y transmitiéndoles seguridad y confianza en cuanto a su capacidad para dar de mamar a su hijo. La promoción de la lactancia materna desde el ámbito de la Atención Primaria se debe realizar: a) Prenatalmente: Clases de preparación al parto (matrona), visita prenatal (pediatra); y b) Posnatalmente (personal de enfermería y pediatra) [en todos los casos vinculando al padre en el proceso para lograr su apoyo] (31)

Los nutricionistas tienen también un papel clave en la asesoría de la familia que amamanta, en especial, en la prevención del destete precoz, en su momento y técnica adecuados y en la ablactación (32). En estos aspectos se encuentra mucha controversia, desinformación y desorientación entre las madres que han fracasado en la lactancia materna (33) o en aquellas como en algunas de este estudio, que recurren a métodos poco ortodoxos para el destete como los descritos aquí (34), que le exigen a este personal de la salud formarse y actualizarse periódicamente en las técnicas adecuadas para el destete respetuoso (30, 35).

Para terminar, como todo estudio cualitativo, éste presenta limitaciones en la inferencia de sus resultados, sin embargo la concordancia de los hallazgos con los de otros estudios similares sustentan la importancia de la educación a las madres y cuidadores en el tema, y confirman la necesidad de profundizar en el fenómeno para buscar el incremento del tiempo de lactancia materna exclusiva en nuestra población mediante la participación de talento humano en salud actualizado.

## CONCLUSIONES

Los participantes concordaron en el valor y en los beneficios de la lactancia materna tanto para el bebé

como para la madre. Las mayores distorsiones entre conocimientos y prácticas se encontraron en el tiempo adecuado para amamantar exclusivamente al bebé, en las técnicas de amamantamiento, en el proceso de destete y en los alimentos que según ellos ayudan a bajar la leche. Plantearon también que se debe amamantar durante seis meses sin incluir otros alimentos, aunque en la práctica no se cumple por diversas razones: contradicciones entre el personal de salud y el material publicado y divulgado por el Ministerio de Salud, la influencia de la familia de la mujer lactante, y en muy pocos casos, por vanidad.

## AGRADECIMIENTOS

Los investigadores expresan su agradecimiento a la Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados de la Universidad de Caldas y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Caldas por la cofinanciación de este estudio. De igual manera agradecemos a las gestantes, a las madres lactantes y a los cuidadores de niños y niñas menores de dos años del ICBF que voluntariamente participaron en el estudio y que con sus aportes permitieron culminarlo. Finalmente, expresamos sinceros agradecimientos a las funcionarias del ICBF que motivaron y apoyaron este estudio, en especial, a la doctora Clara Inés Cardona T.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IFPRI. Índice Global del Hambre 2010. Capítulo 01. El Concepto del Índice Global del Hambre. Washington: IFPRI; 2010. p.1-53.
2. Martínez R, Fernández A. El costo del hambre: el impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana. Santiago de Chile: CEPAL/PMA - Naciones Unidas; 2007. p.199.
3. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de la Protección Social, Profamilia, Instituto Nacional de Salud. Encuesta de la Situación Nutricional en Colombia 2010. ENSIN 2010. Bogotá: Da Vinci Editores; 2011. p.509.
4. Gamboa EM, López N, Prada GE, Gallo KY. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. *Revista Chilena de Nutrición*. 2008;35(1):1-17.
5. Horton S, Alderman H, Rivera JA. Copenhagen Consensus 2008 Challenge Paper. Hunger and Malnutrition. Copenhagen Consensus Center [Internet]. 2008 [citado 28 May 2013] Disponible en: <http://www.givewell.org/files/DWDA%202009/Interventions/Horton,%20Alderman,%20and%20Rivera.%202008.%20Copenhagen%20Consensus%202008%20Challenge%20Paper%20-%20Hunger%20and%20malnutrition.pdf>
6. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020 [Internet]. [citado 28 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Beneficiarios/Nutricion-SeguridadAlimentaria/LactanciaMaterna/PlanDecenaldeLactanciaMaterna2010-2020Nov17de2010.pdf>
7. Benjumea MV, Matijasevic AM, Ramos S, González D. Lactancia materna exclusiva y parcial en el departamento de Caldas - 2010. *Rev Hacia la Promoción de la Salud*. 2011;16(1):39-55.
8. Gobierno de La Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. La Rioja: Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja [Internet]. [citado 19 Sep 2013]. *Disponible en:* [http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia\\_prof\\_la\\_rioja.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf)
9. Rodríguez-García R, Schaefer LA, Yunes J, editores. Educación en lactancia para los profesionales de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1990. p.230.
10. Gámez-Requena JJ, Márquez-Feu T, Gómez-Gómez FJ, Sánchez-García E. Efecto de una campaña de promoción de la lactancia materna en la provincia de Málaga en mujeres cuyos partos finalizaron con cesárea. *Aten Primaria*. 2004;33(9):503-6.
11. World Health Organization. Global Data Bank on Breastfeeding [Internet] [citado 13 May 2013]. Disponible en: [https://apps.who.int/nut/db\\_bfd.htm](https://apps.who.int/nut/db_bfd.htm)
12. Organización Mundial de la Salud. Modalidades de la lactancia natural en la actualidad. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1981 [Internet] [citado 28 May 2013]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243560670.pdf>
13. Hernández-Aguilar MT. Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencia de la lactancia materna en el mundo y en España. En: *Lactancia materna: Guía para profesionales*. Monografías de la AEP No. 5. 2004;5:31-42 [Internet]. [citado 28 May 2013]. Disponible en: [http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/lactancia/CNLM\\_guia\\_de\\_lactancia\\_materna\\_AEP.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf)
14. Barriuso L, de Miguel M, Sánchez M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2007;30(3):383-391.
15. Kramer MS, Barr RG, Dagenias S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, Early Weaning, and Cry/Fuss behavior. A randomised controlled trial. *JAMA*. 2001;286:322-326.
16. Sacristán AM, Lozano JE, Gil M, Vega AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2011 [citado 19 Sep

- 2013];13(49):33-46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322011000100004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000100004&lng=es), <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000100004>.
17. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos del Milenio. Las metas en Colombia. ¿Cómo va Colombia frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio? [Internet]. [citado 28 May 2013]. Disponible en: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=a-c02010-63114-&m=a&e=B#.UaVkiKA998E>
  18. Schellhorn C, Valdés V, editoras. Lactancia materna. Contenidos Técnicos. Tercera Edición. 2010 [Internet]. [citado 28 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/822bfc84b3242b25e04001011e017693.pdf>
  19. Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2009. p.474.
  20. Aguilar MI, Fernández M. Lactancia materna exclusiva. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2007 [citado 19 Sep 2013];50(4):174-178. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un074g.pdf>
  21. Lawrence RA, Lawrence RM, editores. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Sexta edición. Madrid: Elsevier España, S.A.; 2007. p.1067.
  22. Yalom M. Historia del pecho. Buenos Aires: Tusquets Editores; 1997. p.385.
  23. Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. Birth. 2003;30(3):181-188.
  24. Castilla MV. La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad. Rev de estudios de género, La ventana. 2005;22:188-218.
  25. Kramer MS, Kakuma R. The Optimal duration of exclusive breastfeeding. A Systematic Review. Switzerland: World Health Organization; 2002. p.47.
  26. Morales-Gil IM. Empleo de la metodología enfermera en la promoción de la lactancia materna. En: Mesa Redonda: Nuevos abordajes para la promoción y apoyo a la lactancia materna. IV Congreso Español de Lactancia Materna. Puerto de la Cruz, Tenerife, 26 al 28 de octubre de 2006.
  27. Jovani-Roda L, Gutiérrez-Culsant P, Aguilar-Martín C, Navarro-Caballé R, Mayor-Pegueroles I, Jornet-Torrent Y. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. An Pediatr. 2002;57:534-539.
  28. García-Casanova MC, García-Casanova S, Pi-Juan M, Ruiz-Mariscal E, Parellada-Esquius N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? Atención Primaria. 2005;35(6):295-300.
  29. Palomares MJ, Labordena C, Sanantonio F, Agramunt G, Nácher A, Palau G. Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. Revista Ped At Prim. 2001;3(11):393-402.
  30. Rodríguez-García J, Acosta-Ramírez N. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en población pobre de áreas urbanas de Colombia. Rev. Salud Pública. 2008;10(1):71-84.
  31. Martínez B. Fomento de la lactancia materna en Atención Primaria. Bol Pediatr. 1997;37:153-159
  32. Payne J, Radcliffe B, Blank E, Churchill E, Hassan N, Cox E, et al. Breastfeeding: the neglected guideline for future dietitian-nutritionists? Nutrition & Dietetics. 2007;64(2):93-98.
  33. Organización Mundial de la Salud. Mastitis, causas y manejo [Internet]. Traducido por Lasarte JJ. Zaragoza: Organización Mundial de la Salud; 2000. p.43. [citado 28 May 2013]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00.13\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf)
  34. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. J Hum Lact. 2003;19(2):145-156.
  35. Hernández C. Principales causas y consecuencias del abandono de la lactancia materna [Internet]. Monografía. Xalapa, Veracruz; 2007. p.33. [citado 28 May 2013]. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31945/1/hernandezriveracitlali.pdf>