



LACTANCIA MATERNA EN PERSPECTIVA

CONTEXTO, INVESTIGACIÓN Y ACCIÓN

Jacqueline Hernández Escolar
Universidad de San
Buenaventura Cartagena

Carmen Elena Díaz Montes
Esther Polo Payares
Universidad de Cartagena



LACTANCIA MATERNA EN PERSPECTIVA

CONTEXTO, INVESTIGACIÓN Y ACCIÓN

Editoras académicas

Jacqueline Hernández Escolar
Universidad de San
Buenaventura Cartagena

Carmen Elena Díaz Montes
Esther Polo Payares
Universidad de Cartagena

Cartagena de Indias
2019

Lactancia materna en perspectiva: Contexto, investigación y acción/
Jacqueline Hernández Escolar, Carmen Elena Díaz Montes, Esther Polo Payares,
editoras. -- Cartagena de Indias: Universidad de San Buenaventura; Grupo de
Investigación en Salud y Prácticas Sociales —SYPRES; Grupo de Investigación
Salud, Mujer e Infancia, Universidad de Cartagena, 2019

Descripción física: 115 páginas: ilustraciones, gráficos, tablas, fotos, color.

ISBN Electrónico: 978-958-8590-93-6

1. Lactancia materna - Colombia. -- 2. Lactancia materna en adolescentes
-- Cartagena (Colombia) 2017. -- 3. Promoción de lactancia materna - Perú.
-- 4. Bebes canguros -- alimentación. -- 6. Promoción de la salud. -- I. Tít.
-- II. Hernández Escolar, Jacqueline. -- III. Díaz Montes, Carmen Elena. -- iv.
Polo Payares, Esther.

Dewey: 649.33 L151

Catalogación: Biblioteca Central Fray Antonio de Marchena OFM.

© Universidad de San Buenaventura

© Universidad de Cartagena

Lactancia materna en perspectiva: Contexto, investigación y acción

© Jacqueline Hernández Escolar

© Carmen Elena Díaz Montes

© Esther Polo Payares

Grupo de Investigación en Salud y Prácticas Sociales —SYPRES,
Universidad de San Buenaventura, Cartagena.
Grupo de Investigación Salud, Mujer e Infancia, Universidad de Cartagena.

Universidad de San Buenaventura, Cartagena
Calle Real de Ternera, Diag. 32 No. 30-966
Teléfono: 653 5555
Fray Eduardo Mendoza Fernández, OFM
Rector

Universidad de Cartagena
Calle de la Universidad, Cra. 6 # 36-100, Cartagena,
Teléfono: (5) 6646183
Edgar Parra Chacón
Rector

ISBN: 978-958-8590-93-6

Cumplido el depósito legal (Ley 44 de 1993, decreto 460 de 1995 y decreto 358 de 2000)

Los autores son responsables del contenido de la obra.

Impreso en Colombia - Printed in Colombia.

TABLA DE CONTENIDO

2	PRÓLOGO
5	PRESENTACIÓN
7	SECCIÓN PRIMERA CONTEXTO
8	Capítulo I Panorama de lactancia materna en Colombia
15	Capítulo II Lactancia y universidad en el Perú
22	Capítulo III Lactancia materna y prácticas adecuadas de alimentación del lactante y del niño pequeño (IYCF/UNICEF/OMS), en el marco de las investigaciones en Panamá. 2018.
29	SECCIÓN SEGUNDA INVESTIGACIÓN
30	Capítulo I Amamantar al bebé canguro: amor, cultura e innovación tecnológica
38	Capítulo II Factores relacionados con abandono de la lactancia materna exclusiva en adolescentes de 13 a 18 años. Cartagena - Bolívar 2017
47	Capítulo III Lactancia materna exclusiva: factor protector de enfermedades prevalentes de la infancia. Zona rural de Cartagena, Colombia, 2018.
56	Capítulo IV Desarrollo y validación de una escala para actitud de lactancia materna.
73	Capítulo V Prevalencia de la práctica de lactancia materna exclusiva en madres adolescentes de una fundación de la ciudad de Cartagena
80	Capítulo VI Lactancia materna y factores relacionados en mujeres afrodescendientes de Cartagena-Colombia
88	SECCIÓN TERCERA EXPERIENCIAS
89	Capítulo I Proyecto abuelas amigas de la lactancia materna en el departamento de Caldas
96	Capítulo II Sistematización de experiencias exitosas en lactancia materna: construyendo soluciones
103	Capítulo III Experiencias exitosas para la promoción de lactancia materna en el Perú
110	Capítulo IV Programa de educación desde un abordaje Interdisciplinario sobre lactancia materna en una Fundación de Cartagena.

PRÓLOGO

“Si existiese una vacuna con los beneficios de la lactancia materna, los padres pagarían lo que fuera por comprarla.”

Carlos González, pediatra autor del libro
Un regalo para toda la vida

“La lactancia es el cordón umbilical que nos mantiene unidos; es el amor y la sangre que corre por nuestro ser.”

Ailin Salguero

“Tibio amor con sabor a leche, te regalo mi alimento cultivado en el alma.”

Claudia Farías

Es una gran satisfacción personal redactar el prólogo de la primera edición del libro *Lactancia materna en perspectiva: contexto, investigación y acción* escrito por las que fueron hace algunos años mis alumnas y también por colegas de trabajo. Cuando escribía el prólogo, quería encontrar las palabras para asegurar que la lectura del libro ayudara a los profesionales de la salud, estudiantes de pre y posgrado, al lector casual y, principalmente, a aquellas madres que desean lactar a sus hijos y se enfrentan con dificultades durante la lactancia natural.

Sea esta la oportunidad de presentar a la comunidad científica del área de la salud, a los estudiantes de pre y posgrado de enfermería, medicina y a las personas del

común, principalmente a las madres lactantes, esta obra producto de los grupos de investigación Salud Mujeres e Infancia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena y SYPRES de la Facultad de Bacteriología de la Universidad San Buenaventura Cartagena. Además, este libro es producto del 1^{er} encuentro internacional de investigación en lactancia materna y del 3^{er} foro de lactancia materna.

Es grato presentar este libro que por su versión digital garantiza el acceso a muchas personas. En los dos encuentros que inspiraron este libro participaron representantes de Panamá, Perú, Salvador, Estados Unidos, España y de toda Colombia; allí estuvieron docentes de diferentes universidades, instituciones y fundaciones, todas unidas con el fin de desarrollar estrategias y actividades en pro de la lactancia materna. Las instituciones presentes han estado convencidas de los grandes beneficios que tiene la lactancia, y por ello buscan rescatar en nuestras comunidades una cultura de la lactancia natural para lograr el cumplimiento de los objetivos trazados a nivel nacional e internacional garantizando así una mejor calidad de vida a nuestra población.

Los grupos de investigación Salud, Mujeres e Infancia y SYPRES se dieron a la tarea de consolidar toda la información y tejer con una fina filigrana los diferentes enfoques presentados. De esta manera, lograron cristalizar esta obra en la que se evidencian las diferentes estrategias, actividades, experiencias e intervenciones de las distintas disciplinas desarrolladas para el fomento de la lactancia materna en el mundo.

El libro está escrito en lenguaje sencillo y de fácil acceso a toda la población. En él hallarán una rica fuente de conocimientos actualizados sobre lactancia materna, los cuales buscan unificar criterios en torno a esta valiosa práctica; sirve también como guía de consulta rápida, permitirá resolver preguntas, inquietudes y dificultades que se presentan alrededor del tema trabajado.

El texto tiene un contenido profundo y exhaustivo, está encaminado a contribuir en el nuevo enfoque dado a la prestación de servicios de salud, siendo la lactancia materna la estrategia ideal de promoción de salud y prevención de diversas enfermedades.

Para los estudiantes de Ciencias de la Salud, trabajadores de salud inexpertos en el tema y madres lactantes, el libro proporcionará orientación sobre las dudas, inquietudes y dificultades que suelen presentarse; a los expertos o estudiantes de pre y pos grado, les servirá como libro de consulta, de recomendación y de guía inmediata para tratar los problemas planteados en la lactancia materna.

Si bien es cierto que se trató de compilar todas las formas y detalles relacionados con la lactancia materna, es preciso indicar que este es un proceso de dinámica permanente y por eso los autores recomiendan seguir indagando al respecto dado

que esta no es la última palabra. Además, para dar una atención en salud eficiente y eficaz, se debe mantener actualizada la información referida a estrategias, legislación y demás técnicas relacionadas con la lactancia materna.

Para su mejor comprensión el libro está estructurado en tres partes: en primer lugar, contextos de los distintos países de América Latina que participaron en el evento; en segundo lugar, las experiencias de la lactancia materna; y, por último, los resultados de las investigaciones.

Es pues este libro un recorrido por diferentes contextos que permiten visualizar la lactancia materna, con el fin de asumir una posición frente al tema y fomentar así esta práctica ancestral y sana que permite tener niños y niñas sanos, seguros y amorosos.

Ana Cristina Guzmán de Pérez

Enfermera y Abogada.

Profesora Titular Universidad de Cartagena.

Especialista en Salud Ocupacional y Derecho Procesal Civil.

Magíster en Administración Educativa.

Jefe de Departamento de Enfermería Comunitaria.

Madre y abuela.

PRESENTACIÓN

El texto *Lactancia materna en perspectiva: contexto, investigación y acción*, es el resultado de una sinergia entre dos Instituciones Acreditadas de Alta Calidad: la Universidad San Buenaventura y la Universidad de Cartagena. Estas Instituciones, a través de sus grupos de investigación en Salud y Prácticas Sociales —SYPRES y Salud, Mujeres e Infancia categorizados por Colciencias, presentan a la comunidad académica y a las Instituciones garantes de la salud y nutrición infantil este libro como un aporte que documenta e inspira la toma de decisiones y acciones en este campo destacado de la salud.

Nace como respuesta a la necesidad de evidenciar la labor acuciosa de académicos e investigadores y de posicionar la lactancia materna, no sólo como una práctica saludable, sino como un indicador de desarrollo humano, social y político. Además, propicia el debate en torno a la posibilidad de retomar lo natural sobre lo artificial, lo gratuito sobre lo comercial, la responsabilidad del Estado, sociedad y familia sobre la asignación social genérica exclusiva de la mujer.

Luego de un riguroso proceso de selección, evaluación y reajuste entre los análisis de contextos, investigaciones y experiencias en el tema de la lactancia materna, se organizó en tres secciones el texto, cada una con sus capítulos que, de manera particular, tratan distintos aspectos del universo de conocimientos que comenzamos a explorar.

La sección de contexto analiza aspectos de la práctica de lactancia desde las políticas y programas de países; la práctica en los contextos académicos y curriculares; y los espacios laborales de las mujeres.

La sección de investigaciones da cuenta de las prácticas teniendo en consideración

factores sociodemográficos, nutricionales y de programas, entre otros.

La sección de experiencias narra el transcurrir de investigación, trabajo y participación ciudadana de los grupos de investigación; además de las estrategias y programas exitosos con las familias y las comunidades.

Entregamos hoy este libro y le invitamos a su lectura y comentarios.

Esther Polo Payares
Carmen Elena Díaz
Rosana López Saleme
Jacqueline Hernández Escolar

SECCIÓN PRIMERA

Contexto

CAPÍTULO I

PANORAMA DE LACTANCIA MATERNA EN COLOMBIA

Rossana López Sáleme¹
Carmen Elena Díaz Montes²

Introducción

La lactancia materna es una práctica milenaria que se ha transformado de acuerdo a la cultura. A través de la historia se han desarrollado transformaciones socioculturales en los diferentes continentes que llevaron a cambios en esta práctica.

En el continente americano, la práctica de lactancia materna era liderada por la población indígena que habitaba el territorio, ellos mantenían una lactancia prolongada. Con el descubrimiento de América, la llegada de la población española y de los negros traídos de África se incorporan nuevas prácticas de lactancia en el continente, las cuales también fueron transformadas por los avances científicos, tecnológicos y el desarrollo de la humanidad¹.

Existen muchos factores asociados con la práctica de la lactancia materna, entre estos se identifican la incorporación de leche de fórmula y la vinculación de la mujer a la vida laboral, siendo estos aspectos factores que inciden en la disminución de la práctica de lactancia materna (LM)^{1,2}.

A mediados del siglo XX, se hacen acuerdos después de la Segunda Guerra Mundial con el fin de mejorar las prácticas alimenticias de las poblaciones, destacándose entre estos cambios las reuniones o declaraciones que influenciaron la práctica de la LM en Colombia³. Entre estas tenemos:

1979: Reunión conjunta entre OMS – UNICEF sobre prácticas de alimentación infantil. Se crea la necesidad de un código que reglamente la comercialización de sucedáneos de la leche materna.

1989: A través de la declaración conjunta UNICEF – OMS en Ginebra, se plantea las estrategias IAMI, que contempla los Diez Pasos hacia una lactancia materna exitosa.

1. Enfermera, docente Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena. Especialista en Materno Infantil, Magister en Educación.
2. Enfermera, docente Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena. Especialista en Salud Familiar, Magister en Educación.

1992: Se promulga el Decreto 1397 de 1992 del Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social, el cual reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna con base en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna.

1998-2008: Se establece el Plan Decenal para la promoción y apoyo a la lactancia materna.

2006: Se promulga la Ley 1098 de 2006, Nuevo Código de Infancia y Adolescencia.

2010-2020: Se establece el nuevo Plan Decenal de lactancia materna para el país.

Desarrollo normativo de la lactancia materna en Colombia

En Colombia, la constitución de 1991 en su artículo 44 establece como derecho fundamental de los niños y las niñas, la vida, la integridad física, la salud y la alimentación equilibrada.

La Ley 50 de 1990, capítulo V “Protección a la Maternidad”, en su artículo 326, otorga una licencia de doce semanas en la época del parto; y en el artículo 238, define dos descansos de 30 minutos cada uno, dentro de la jornada laboral para amamantar a su hijo o hija, sin descuento alguno del salario durante los primeros seis meses de edad. Esta ley ha tenido dos cambios hasta hoy.

Respecto a la maternidad, en la Ley 100 de 1991 se estableció que “El régimen contributivo reconocerá y pagará a cada una de las promotoras de salud las licencias por maternidad de conformidad con las disposiciones legales vigentes.” Estas disposiciones se aplican tanto al sector público como al privado. Dicha norma establece que la trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia remunerada de doce semanas en la época del parto, y la remuneración debe hacerse con relación al salario que devengue.

El 12 de julio del 2001 surgió la ley que otorga una licencia al padre cuando nace un hijo. El autor de esta ley fue el Ministro de Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo, Juan Lozano, tras el nacimiento de su hija María. Ley María o Ley 755 del 2002, la cual otorga una licencia al padre cuando nace su hijo. Los principales requisitos para obtener el derecho a la Licencia de Paternidad son: haber cotizado 36 semanas ininterrumpidas previo al parto y presentar el registro civil del recién nacido en los primeros 30 días (Art 34). No se requiere la convivencia de dos años, ya que se adquiere el derecho por el hecho de ser padre.

En el 2009 se presenta en el Congreso de la República el Proyecto de Ley 172, por el cual se protege la maternidad y el parto digno.

La ley 1468 del 2011 reglamenta nuevos aspectos respecto a la licencia de -Maternidad y de Paternidad, estableciendo que la licencia de maternidad será de 14 semanas; además, contempla las siguientes indicaciones:

- La mujer puede iniciar la licencia dos (2) semanas antes si lo desea, en todo caso deberá, obligatoriamente, iniciarla por lo menos una semana antes. (Si por alguna razón, el parto se da y la mujer no había iniciado con su descanso remunerado, a partir del parto iniciarán las 14 semanas).
- Niños prematuros: La licencia de maternidad para madres de niños prematuros tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha gestacional y el nacimiento a término, las cuales serán sumadas a las 14 semanas, es decir, que la madre deberá anexar al certificado de nacido vivo y la certificación expedida por el médico tratante en la cual se identifique diferencia entre la edad gestacional y el nacimiento a término, con el fin de determinar en cuántas semanas se debe ampliar la licencia de maternidad.
- Parto múltiple: La licencia de maternidad se ampliará en dos (2) semanas más. Quedando en 16 semanas o incluso más, si el nacimiento es prematuro tal como se anotó en el punto anterior.
- Muerte de la madre: El tiempo de la licencia de maternidad que ella no haya alcanzado a disfrutar, la disfrutará el padre y el empleador debe concederla.
- La licencia remunerada de paternidad será a cargo de la EPS, para lo cual se requerirá que el padre haya estado cotizando efectivamente durante las semanas previas al reconocimiento de la licencia remunerada de paternidad.

En el 2017 se promulga la Ley 1822, por medio de la cual se incentiva la adecuada atención y cuidado de la primera infancia, se modifican los artículos 236 y 239 del código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones. Art: 236. Licencia de 18 semanas; y Art: 239. Prohibición de despidos para madres lactantes.

En el 2017 se promulga la Ley 1823, la cual tiene por objeto adoptar la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral en entidades públicas y empresas privadas de conformidad con el artículo 238 del Código Sustantivo del Trabajo.

Resolución número 0002423 del 2018, por la cual se establecen los parámetros técnicos para la operación de la estrategia Salas Amigas de la Familia Lactante del Entorno Laboral.

Situación de lactancia materna en Colombia

Desde el 2005 en Colombia se inicia el proceso de reportar estudios cada 5 años acerca de la situación nutricional de la población.

La encuesta nacional de demografía y salud (ENDS 2005), informa que en Colombia el 97% de las madres inicia el amamantamiento de su último hijo nacido vivo, con una duración de 2 meses 2 días. En la costa, esta práctica no llega a los dos meses y se observa una disminución de la misma a medida que el bebé crece; sólo el 20.7% de los niños y niñas entre 24 y 27 meses continúan recibiendo los beneficios de la leche materna ⁴.

Para el año 2010, en Colombia, la mediana de duración total de lactancia materna fue de 14,9 meses, lejos de la recomendación internacional de 24 meses; así mismo, la lactancia materna exclusiva fue de corta duración (1,8 meses), en comparación con las directrices de la OMS (6 meses). Sólo un 56.6 % de las mujeres amamantó en la primera hora de nacido del bebé. Entre los factores reportados como favorecedores del inicio temprano de la lactancia materna, se encuentran: madre con alto nivel educativo y asistencia del parto realizada por un profesional en salud.

Entre los alimentos que recibieron los niños, diferentes a leche materna durante los tres días posteriores al parto, se reportan: leche en polvo (68,5 %), té o aromática (8,0 %) y agua (5,0 %) ⁵.

Para el 2015, la lactancia materna exclusiva bajó del 42.8% (2010) a 36.1% y aumentó durante la primera hora pasando a 72.7%. De la misma forma, la lactancia continua pasó del 58.1% al 52.2%, no evidenciándose diferencias entre el 2010 al 2015 ⁶.

Estudios realizados en el 2017 con la Secretaria Departamental de Bolívar y la Secretaria Distrital del municipio de Cartagena, permitieron conocer la situación del departamento de Bolívar, observándose una media de duración de LM de 1,1 mes y una mediana de 1 mes; de la misma forma, Cartagena reporta una media de 2,6 meses y una mediana 2 meses respectivamente ^{7,8}.

Lactancia materna y universidad

Un principio fundamental para una lactancia materna exitosa es que los profesionales de la salud, encargados de brindar cuidados al binomio madre-hijo, estimulen el desarrollo de esta práctica a través del apoyo continuo antes, durante y después de la gestación. Para ello, es pertinente utilizar la promoción y educación en salud como herramientas fundamentales con el fin de empoderar y acompañar a las gestantes y madres lactantes.

En este sentido, es fundamental que el profesional reciba formación adecuada en esta temática y se apropie de la misma para lograr así el apoyo requerido a las madres en la hermosa tarea de amamantar. Luego de comprender el papel del profesional de enfermería en el desarrollo de una lactancia exitosa y reconociendo las bajas prevalencias de LM del país y el departamento, la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena ha incluido este tema a lo largo de su plan de estudios, con el fin de brindar a sus egresados las competencias en el Ser, Saber y Hacer necesarias para brindar un apoyo efectivo a las gestantes y madres lactantes, garantizando así una adherencia adecuada a esta práctica.

A lo largo de su carrera, los estudiantes de enfermería desarrollan los cursos de Promoción y Educación en salud, persona, familia y sociedad, Enfermería en la familia y la comunidad y Enfermería materno infantil, cursos que les brindan los elementos necesarios para comunicarse asertivamente. Además, logran aprender el desarrollo de estrategias y técnicas educativas que les permite orientar y educar a los individuos, familias y grupos que tengan a su cargo; logran también desarrollar conocimientos sobre los aspectos anatomofisiológicos de la mamá, técnicas de amamantamiento y extracción de la leche y análisis profundos en relación a los problemas más comunes en su instauración.

Todos los conocimientos construidos a lo largo de estos cursos, permiten participar activamente en el desarrollo de actividades educativas en la comunidad y en las instituciones de salud; además, facilita el trabajo al incluir a las madres FAMI brindando capacitación a usuarias embarazadas y madres lactantes sobre los distintos aspectos de la LM; igualmente, brindan apoyo y asesoría sobre todo lo relacionado con la LM, es decir lo que se vincula al control prenatal, a las acciones en sala de parto para establecer el primer contacto y el trabajo durante el alojamiento conjunto para favorecer el apego y la instauración de la LM en la sala de puerperio.

Por otra parte, los estudiantes desarrollan actividades de proyección comunitaria. Se puede destacar el evento semestral que realizan los estudiantes del curso de materno infantil, dirigida a madres gestantes y lactantes. De la misma forma,

desarrollan distintas actividades durante la semana mundial de la LM, en unión con el Banco de leche humana, que pretenden dar información y educación a la comunidad. El grupo de investigación Salud, Mujeres e Infancia tiene como línea de investigación la lactancia materna, motivo por el cual ha venido desarrollando múltiples investigaciones en esta área, convirtiéndose en referente para la ciudad.

Referencias

1. Becerra, F; Peña, D; Puentes, V; Rodríguez, D. *LACTANCIA MATERNA: Una revisión de la evaluación de esta práctica a través del tiempo. El caso de algunas comunidades indígenas en Colombia.* (2009). Rev. Fac.Med. (57)3.
2. Marín, A; Jaramillo, B; Gómez, R; Gómez, U; *Manual del pediatra ambulatorio* (2007). Bogotá: Editorial Panamericana.
3. Ochoa G. *Manual para la extracción, conservación, transporte y suministro de la leche materna para mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia, agentes de salud y comunitarios Colombia 2010.* Bogotá: Ministerio de Protección Social.
4. *Lactancia y nutrición de niños y madres. Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva: resultados* (2005). Bogotá: Pro familia.
5. *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Ministerio de Salud y Protección Social.* Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>, acceso 1 agosto 2018
6. *Resumen ejecutivo. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2015. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud (INS), el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, y la Universidad Nacional de Colombia.* Disponible <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>. acceso 1 agosto 2018
7. López, R; Villalba, M. *Conocimiento y prácticas sobre lactancia materna y alimentación en niños menores de dos años en la ciudad de Cartagena, informe del departamento administrativo distrital de salud 2017.*
8. López, R; Díaz, C. *Factores asociados a la lactancia materna en 15 municipios priorizados del departamento de Bolívar. Informe del departamento de salud de Bolívar 2016.*

CAPÍTULO II

LACTANCIA Y UNIVERSIDAD
EN EL PERÚYsis Roa-Meggo¹

Introducción

El Perú es un país que tiene grandes brechas en el ámbito de la salud. Sin embargo, ha avanzado mucho en varios aspectos tales como la mortalidad infantil y materna. Así, la mortalidad materna en un periodo de 25 años (1990-2015) ha disminuido de 251 a 68 muertes maternas/100.000 niños nacidos vivos; y en el caso de la mortalidad infantil, en un periodo de casi 60 años (1960-2017), ha disminuido de 227 a 15 muertes de niños menores de 5 años/1000¹.

La lactancia materna también era un aspecto que nos tenía muy orgullosos; sin embargo, los índices de lactancia materna global han cambiado de 67.2% en el año 2000 a 64.2% en el año 2017. Algo está sucediendo, en los últimos años los índices de lactancia materna se han estancado o, en otro caso, han disminuido. Pero, ¿han disminuido globalmente? Es decir, ¿en todos los grupos de edades? Pues no, han disminuido más en la población urbana (58.6%) frente al grupo rural (78.2%) y sobre todo en las mujeres con educación superior (55.2%) frente a las que no tienen educación o educación primaria (77.6%)². Lo cual es contradictorio dado que en los últimos años la evidencia científica, en torno a los beneficios a corto, mediano o largo plazo de la lactancia materna se ha incrementado ^{3,4,5,6} sobre todo en su importante contribución con la disminución de la mortalidad infantil⁷. Por lo que, podría pensarse que si existe mayor evidencia científica los grupos más letrados son los que deberían contribuir más con esta práctica, sucediendo en el Perú lo contrario, lo cual también es subrayado por la OMS:

“Actualmente, poco más de la mitad de los niños nacidos en Perú (55%) empiezan a tomar el pecho en la primera hora de vida. Las tasas son más bajas entre los nacidos en centros de salud, los atendidos en el parto por profesionales sanitarios, los nacidos en zonas urbanas, y los hijos de madres con mayores ingresos y nivel educativo. Esto puede parecer sorprendente, ya que en los países de ingresos altos la situación suele ser la inversa: las madres con más ingresos y nivel educativo tienden más a dar el pecho a su niño⁸.”

1. Psicóloga. Directora del Instituto de Investigación, investigadora y docente. Facultad de Obstetricia y Enfermería. Universidad de San Martín de Porres.
Correo electrónico: ysis.roa@gmail.com.

Desarrollo normativo

En el Perú existe un trabajo importante por parte de los ministerios (ejm. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y el Ministerio de Salud) por lo cual hoy gozamos de un marco normativo amplio respecto al fomento y protección de la lactancia materna (*véase* gráfico 1). Y por supuesto aún mejorable si consideramos lo que otros países ya han alcanzado (Ejm.: En Chile en el caso de muerte de la madre trabajadora en el parto o durante el período posterior a éste, el permiso postnatal o el resto de él destinado al cuidado del hijo, le corresponderá al padre o a quien le fuere otorgada la custodia del menor).

- Ley N° 29896, Ley que establece la implementación de lactarios en las instituciones del Sector Público y del Sector Privado promoviendo la lactancia materna
- Decreto Supremo N° 001-2016-MIMP, que desarrolla la Ley N° 29896 y que deroga el Decreto Supremo N° 009-2006-MIMDES
- Decreto Supremo N° 009-2006-MIMDES, disponen la implementación de lactarios en instituciones del sector público donde labor en veinte o más mujeres en edad fértil.
- Reglamento de Alimentación Infantil (Decreto Supremo N° 009-2006-SA)
- Declaración de Innocenti
- Resolución Ministerial N° 0103-93-SA-DM, declaran la 1ra semana de agosto de cada año como la "Semana de la Lactancia Materna en el Perú"
- Convenio N° 183 de la Organización Internacional del Trabajo sobre la protección de la maternidad.
- Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- Resolución Ministerial N° 0103-93-SA-DM, declaran la 1ra. semana de agosto de cada año como la "Semana de la Lactancia Materna en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 240-2000-SA-DM, Modificar el numeral 1 de la Resolución Ministerial N° 0103-93-SA/DM, en la forma siguiente: "Declarar la cuarta semana de agosto de cada año, como Semana de la Lactancia Materna en el Perú".
- Resolución Ministerial N° 128-2017-MIMP, Aprobar los Criterios para el Reconocimiento Público a Instituciones Amigas de la Lactancia Materna.

Gráfico 1. Marco normativo en pro de la protección y el fomento de la lactancia materna en el Perú⁹.

Situación de la lactancia materna en el Perú

Desde el año 2000, el porcentaje de niñas y niños menores de seis meses con lactancia materna se encuentra por encima del 60%, alcanzando alrededor del 70% en los años 2011 y 2013, y para el 2017, alcanzamos un 64.2%.

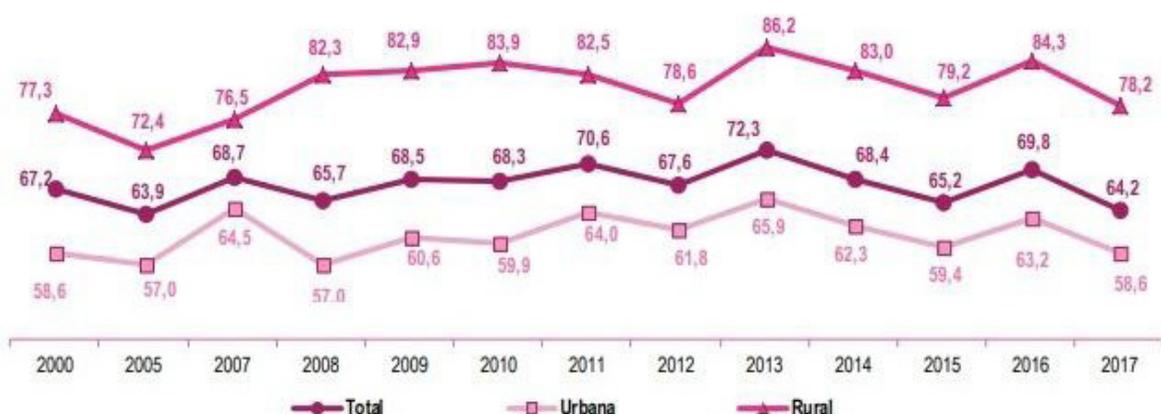


Gráfico 2. Evolución de la lactancia materna en niñas y niños menores de seis meses de edad, según área de residencia, 2000, 2005 y 2007–2017¹⁰.

Este crecimiento se debe en parte importante a una cultura de amamantamiento de nuestras mujeres peruanas, pero también a las políticas estatales que de manera sostenida se vienen ejecutando en los diferentes ministerios. Es importante resaltar el trabajo del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables que ha venido trabajando fuertemente por los derechos de los niños y las mujeres a amamantar y dar de amamantar; sobre todo focalizando mucho su trabajo en torno al ejercicio de este derecho para las mujeres trabajadoras. Sin embargo, es importante resaltar que existe gran preocupación dado que tal como puede apreciarse en el gráfico existe un descenso que analizar para diseñar estrategias que permitan detener esta situación y seguir mejorando nuestros índices globales.

Aproximación a la lactancia materna y la universidad

Las mujeres con educación superior son el grupo que más retrocede y debilita nuestro índice global de lactancia materna; por lo que cabe realizarse la siguiente pregunta ¿qué está haciendo la universidad peruana para fomentar la lactancia materna?, ¿qué está haciendo la universidad peruana para promover estrategias que contribuyan con uno de los objetivos de desarrollo sostenible propuestos para todos los países?, ¿está siendo la universidad peruana un modelo de vida saludable para nuestros jóvenes?, ¿es la universidad consciente que el fomento y apoyo a la lactancia materna es un importante factor que contribuye con el bienestar de las poblaciones?

En los últimos años grandes esfuerzos por parte del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) lograron que las mujeres además del derecho al

permiso de 3 meses por maternidad (1 pre y 2 postnatal) y la hora de maternidad (por la que podemos salir una hora antes en el trabajo) tuviéramos acceso también a un espacio útil, cómodo y confortable donde sea posible dar de lactar o extraernos la leche con fines de conservación, almacenamiento y posterior consumo del bebé, a ese espacio se le llama “lactario institucional”. El lactario institucional normado a partir de la Ley N° 29896 y reglamentado con el D.S N° 001-2016-MIMP, dispone la implementación del servicio de lactario institucional en todas las entidades públicas y privadas que cuenten con 20 mujeres en edad fértil, con lo cual nuestras mujeres empleadas bajo regímenes de contratos a plazos fijos o indeterminados pueden acceder a este espacio (aunque aún queda una deuda pendiente con las mujeres que teniendo contratos por locación de servicios no gozan de este derecho). Entonces, esto quiere decir que las instituciones públicas y las empresas privadas están obligadas a implementar un lactario, y ¿las universidades? En Perú, existen 143 universidades públicas (n=51) y privadas (n=92) y de ellas solo 12 universidades cuentan con lactarios implementados, reglamentados y de uso no solo para trabajadoras a tiempo completo sino también de uso para docentes y alumnas. Lo cual es loable ya que en sentido estricto la ley mencionada no cubriría a las alumnas.

El embarazo adolescente es algo que no hemos podido detener, según los resultados del INEI-ENDES¹¹ 14 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad ya son madres y/o están embarazadas del primer hijo; cifra que casi no se ha modificado en los últimos 20 años. Entonces nuestras adolescentes se embarazan y las “más afortunadas” que tienen apoyo de su familia o de su pareja postulan a la universidad esperando romper con el círculo de la pobreza; pero aunque puedan querer adoptar con entusiasmo los roles simultáneos de madre y estudiante; asumir ambos roles incluso en condiciones ideales, puede llevarla en direcciones distintas¹² y aunque este grupo puede parecer “afortunado” y estar “entusiasmado” con la idea de ser madre y estudiante ya no lo estará tanto si se encuentra con un ambiente hostil frente a la maternidad. Así, un estudio encontró que las mujeres que trabajan que enfrentan desafíos únicos para continuar con la lactancia materna, como la duración de la licencia de maternidad, las horas de trabajo o el apoyo a la lactancia en el lugar de trabajo¹³, resultados que podrían ser válidos también para nuestro grupo de madres universitarias que además se encuentran en una posición de desventaja ya que ellas no son trabajadoras en las universidades y por tanto no están protegidas por las leyes laborales.

No podemos cerrar los ojos ante esta realidad nuestras chicas se embarazan antes o dentro de la universidad. La Universidad del Norte de Colorado reportó un 38% de estudiantes que considera como “no tradicionales” ya que siendo estudiantes ya son padres¹⁴. Por lo que necesitamos ser sensibles ante esta realidad buscar formas y estrategias para apoyarlas y contribuir así con el deseo de profesionalización de este

grupo que permanece rezagado en el mundo académico actual si las comparamos con sus pares hombres. Consideremos que la educación de las mujeres cumple un papel fundamental en el camino a alcanzar los Objetivos de Desarrollo sostenibles de igualdad de género y empoderamiento. Tal como se ha señalado, alcanzar el objetivo es aún una agenda inconclusa que requiere métodos integrales y transformadores con un nuevo marco de desarrollo¹⁵. Algunas universidades han sido conscientes de esto y han diseñado e implementado estrategias en este sentido. Por ejemplo, en la Universidad del Norte de Colorado fue en el año 2012 que se instaló la primera de las 3 estaciones de Lactancia existentes hoy en la Universidad y en otras universidades tales como: University of Rhode Island; University of Vermont; Purdue University; St. Louis University; New York University; University of Northern Iowa entre otras también es posible encontrar establecidos sus programas de lactancia materna para sus estudiantes.

La consideración de estrategias y fomento de la lactancia materna para las madres universitarias se sustenta en la estimación conservadora de que una sub-óptima lactancia materna (en la que la lactancia no cumple con las recomendaciones de lactancia materna exclusiva durante 6 meses y la lactancia continua durante al menos 1 año) resulta en 3,340 muertes prematuras adicionales de madres y niños, \$ 3,000 millones en costos médicos y \$ 14,200 millones en costos de muerte prematura¹⁶. Por lo que la promoción de la lactancia materna mediante el establecimiento de lactarios en los trabajos y los campos universitarios favorecerán a los empleadores a través de la retención de empleados con experiencia, reducción del tiempo de enfermedad de los padres, menores costos de atención médica y seguro, mayor satisfacción de los empleados y aumento de la lealtad de los empleados¹⁷ y en el caso de las alumnas podría contribuir con menos ausentismo en las aulas por causa de las enfermedades de sus pequeños, menor deserción por causa del cuidado de sus niños y un mejor desempeño académico lo que le permitiría en un futuro acceder a mejores puestos laborales y competir en el mundo laboral y/o académico en igualdad de condiciones con sus pares hombres y mujeres también.

Lograr equidad es importante, es por lo que luchamos día a día desde todos nuestros espacios y es necesario que no desmayemos y sigamos encontrando nuevas oportunidades y detectando espacios invisibilizados en los que se vulneren los derechos de las mujeres y los niños, que no son más que los derechos de tod@s y para tod@s en un futuro de desarrollo humano sostenible.

Referencias

1. Banco Mundial. Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1.000). Recuperado: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT>, (2018)
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima: INEI, 2018.
3. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104 (S467):14–9.
4. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104 (S467):30–7.
5. Lodge C, Tan D, Lau M, Dai X, Tham R, Lowe A, Bowatte G, Allen K, Dharmage S. Breastfeeding and asthma and allergies: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104 (S467):38–53.
6. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, Bahl R. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015; 104 (S467):3–13.
7. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 016; 387 (10017):475–90.
8. MIMP. Marco normativo. [Internet]. Perú. [citado 29 de octubre 2018]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/lactarios-institucionales/marco-normativo.html>
9. Springer, K. W., Parker, B. K., & Leviten-Reid, C. (2009). Making space for graduate student parents: Practice and politics. *Journal of Family Issues*, 30(40), 435–457. doi:10.1177/0192513X08329293
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima: INEI, 2017.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima: INEI, 2015.
12. Springer, K. W., Parker, B. K., & Leviten-Reid, C. (2009). Making space for

- graduate student parents: Practice and politics. *Journal of Family Issues*, 30(40), 435–457. doi:10.1177/0192513X08329293
13. Mirkovic K, Perrine C, Scanlon K, Grummer-Strawn L. Maternity leave duration and full-time/part-time work status are associated with US mothers' ability to meet breastfeeding intentions. *J Hum Lact*. 2014; 30 (4):416-419.
 14. University of Northern Colorado. Toolkit for Establishing Breastfeeding Support on University and College Campuses: Using University of Northern Colorado as an Institutional Model. Colorado: UNC, 2016.
 15. UN Women. (2013). A stand-alone goal on achieving gender equality, women's rights and women's empowerment (Position Papers). Recuperado de: UN Women website:<http://www.unwomen.org/en/what-wedo/~media/AC04A69BF6AE48C1A23DECAEED24A452.ashx>
 16. Bartick, M. C., Schwarz, E. B., Green, B. D., Jegier, B. J., Reinhold, A. G., Colaizy, T. T.,... Stuebe, A. M. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Maternal & Child Nutrition*, 2017; 13(1), e12366. doi:10.1111/mcn.12366
 17. U.S. Department of Health and Human Services. (2008). The business case for breastfeeding: Steps for creating a breastfeeding friendly worksite. Recuperado de:<https://www.womenshealth.gov/files/assets/docs/breastfeeding/business-case/business-case-for-breastfeeding-for-businessmanagers.pdf>

CAPÍTULO III

Lactancia materna y prácticas adecuadas de alimentación del lactante y del niño pequeño (IYCF/UNICEF/OMS), en el marco de las investigaciones en panamá, 2018.

Faride Rodríguez Díaz¹

Introducción

La población panameña se estimó, para el año 2018, en 4.158.783 habitantes. En zonas urbanas se concentra el 63.8.0% y el 36.2.0% en las zonas rurales. Los menores de 5 años representan el 9.4%.

La Lactancia Materna Exclusiva —LME— (primeros 6 meses de vida) es un instrumento poderoso para combatir el hambre, se considera un objetivo de Salud pública mundial y está relacionado con la reducción de la morbi-mortalidad infantil y las enfermedades crónicas en la adultez (enfermedades no trasmisibles, como la obesidad, hipertensión, diabetes, entre otras). Salva anualmente más de 6 millones de vidas de menores de 5 años y tiene más repercusiones sobre la supervivencia que cualquier otra intervención preventiva. Ayuda a tener desarrollo maxilofacial óptimo, contribuye a que el útero o matriz se contraiga rápidamente, lo que reduce hemorragias tras el parto y es una práctica que se traduce en ahorros para las familias y el Estado, entre otros beneficios.

Las prácticas adecuadas de alimentación del lactante y del niño pequeño (IYCF/UNICEF/OMS), incluyen la Lactancia Materna Exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida y la introducción gradual de la cantidad de alimentos sólidos y semisólidos más lactancia materna continua hasta los 2 años. También es importante que los niños reciban una dieta diversa, es decir, coman alimentos de diferentes grupos para atender las crecientes necesidades de micronutrientes en calidad y cantidad^{1,2}. Estas prácticas son determinantes para el logro y mantenimiento del estado nutricional y su salud.

1. Nutricionista, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES).

La lactancia materna exclusiva es una herramienta efectiva para romper el ciclo de pobreza-enfermedad. Unos 16.000 niños menores de 5 años mueren todos los días (UNICEF, 2016) por morbilidades que pueden ser prevenibles con la lactancia materna exclusiva. Según la OMS, CDC, la tasa mundial de LME es 37%. En Panamá, según el MICS, INEC y UNICEF (2016) fue de 21.5%^{3, 4, 5, 6, 7}.

Desarrollo normativo de la lactancia materna en Panamá

En Panamá se cuenta con el decreto ejecutivo N.º 1457, que reglamenta la Ley N.º 50 Del 23 de noviembre de 1995, en la que se “protege y fomenta la lactancia materna, para garantizar una nutrición segura y eficaz del lactante, así como procurar el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de éste y su madre”⁸.

Panamá ha suscrito leyes sobre la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna a nivel mundial. Entre ellas:

- El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la LM. 1990.
- Declaración del Innocenti. (Semana mundial de la LM, OMS/UNICEF). 1992.
- Los 10 pasos de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre. 1990
- Declaración de la Cumbre Mundial a favor de la infancia. 1990.
- Declaración Mundial sobre Nutrición. Roma, FAO 1992.
- Código de la OMS y la protección de la LM. 1995.
- Plan de Acción para la Nutrición FAO/OMS y la Conferencia Internacional de Nutrición. 2001.
- Cumbre Mundial de la Niñez. OMS. 2000.
- Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. OMS, 2002.

A nivel nacional, Panamá ha implantado leyes que protegen y fomentan la lactancia materna. Entre ellas:

- Código Sanitario de 1947, Corresponde al Ministerio de Salud Art 156, en lo referente a la protección materno e infantil.
- Ley N.º 50 del 23 noviembre de 1995, Por la cual se protege y fomenta La Lactancia.

Art, 6. # 1 Ministerio de Salud: Realizar capacitación permanente de su personal, a fin de aplicar cabalmente los lineamientos de las Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Salud Integral del Niño desde el nacimiento a los nueve (9) años de edad vigente.

—Y la Iniciativa, Art. # 5. Universidades en la República de Panamá, “Asegurar que se encuentre incluido un módulo de capacitación en lactancia materna y alimentación complementaria, que resalte las ventajas de la lactancia materna, dentro del pensum de las carreras universitarias y técnicas de ciencias de la salud y humanidades, así como de otras carreras afines”.

—Capítulo VII, de las madres trabajadoras, Art, 36. “La madre contará con un periodo de una (1) hora de su jornada laboral, para extraerse la leche materna o amamantar a su hijo.”

—El Código del Trabajo de 1972: “Protege y fomenta la LM, a mujeres trabajadoras que lactan a su hijo mediante”:

Artículos 105 y 106: Estipula el deber del Estado en la protección de la maternidad.

Artículo 112: Reconoce la licencia por maternidad 6 semanas antes del parto y 8 semanas después.

Artículo 114: Reconoce el intervalo de 15 minutos, cada 3 horas o 1/2 hora, 2 veces al día para lactar.

Artículo 116: Trata sobre jornadas extraordinarias y turnos rotativos, para que las trabajadoras embarazadas no efectúen tareas perjudiciales a su estado.

En Panamá, el Ministerio de Salud ha desarrollado programas para mejorar la nutrición infantil, de la embarazada y madres lactantes a través de monitoreo, consejería individual periódica y control del peso a la embarazada, lactante y niños menores de 5 años. Dichas acciones se realizan en clínicas e instalaciones de salud; todo ello hace parte de la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación e Innovación para la Salud 2016-2025. OMS/OPS/ICGES/SENACYT.

A pesar de la protección que brindan estas leyes, en algunos casos no son cumplidas por los empleadores o también son desconocidas por la mujer. Esto se ha observado mediante resultados que evidencian la situación de la lactancia materna en Panamá, a través de datos arrojados por algunas de las siguientes investigaciones.

Investigaciones sobre lactancia materna en Panamá

Estudios indican que el personal de salud juega un rol significativo, pues se encarga de promover la lactancia materna, especialmente, en el ámbito de la atención primaria (Centros de Salud). Además, se encuentran en una situación favorable para: estimular e incrementar la decisión de amamantar en la mujer embarazada (9 meses), apoyar el amamantamiento adecuado y seguro tanto tiempo como desee la madre y el niño. Un estudio realizado sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en instalaciones del primer nivel de atención en Panamá, reveló que el personal de salud tenía 35% de conocimientos, un 50.9% de prácticas apropiadas y un 84.9% de actitudes favorables hacia la lactancia materna ⁹.

Otra investigación reveló que dentro de los factores relacionados con la práctica de la LM se encuentra la ocupación. Se informa que las madres que amamantan más a su hijo fueron las desempleadas (ORA 2.46, IC: 1.63, 3.71) las cuales tenían más probabilidades de dar sólo pecho en comparación con las empleadas. Otro factor asociado fue la edad, observándose que las madres adolescentes, en comparación con las adultas (OR Ajustado [ORA] 2.36, IC: 1.34, 4.14), tenían más probabilidades de dar sólo pecho. De la misma forma, se observó que las que parieron en un lugar distinto a las instituciones de salud tenían menos posibilidades de dar seno (ORA 1.73, IC: 1.19, 2.52), en comparación con aquellas atendidas en instituciones de salud las cuales dieron más lactancia. Respecto al factor sociodemográfico, se observó que las mujeres que vivían en áreas rurales o indígenas (ORA 1.72, IC: 1.21, 2.44) tenían más probabilidades de dar seno en comparación con aquellas que vivían en áreas urbanas¹⁰.

Después de los primeros 6 meses, la leche materna ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante. Por lo tanto, los alimentos complementarios deben agregarse a la dieta del niño. La transición de la lactancia materna exclusiva a los alimentos que consume la familia se denomina alimentación complementaria (cualquier alimento sólido, semisólido o líquido). Este es el período más crítico para los niños, ya que durante esta transición los niños son más vulnerables a la desnutrición. La alimentación complementaria debe ser oportuna, es decir, todos los lactantes deben comenzar a recibir alimentos además de la leche materna a partir de los 6 meses.

Es importante que, además de la lactancia materna exclusiva, los niños después de los 6 meses reciban una dieta diversa, es decir, coman alimentos de diferentes grupos para atender las crecientes necesidades de micronutrientes en calidad y cantidad. Estas prácticas son determinantes para el logro y mantenimiento del estado nutricional y su salud. Las prácticas adecuadas de alimentación del lactante

y del niño pequeño (Infant and Young Child Feeding-IYCF/UNICEF/OMS) incluyen: La Lactancia Materna Exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida y la introducción gradual de la cantidad de alimentos sólidos y semisólidos más lactancia materna continúa hasta los 2 años^{1,2}.

Investigaciones realizadas en Panamá mediante la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENASSER-2014-2015), cuyo universo fue constituido por 11,116 viviendas, 5,500 hombres de 15-49 años y 5,616 mujeres entre 15-59, en la República de Panamá (incluyendo áreas rurales, urbanas e indígenas) y cuyos cuestionarios fueron basados en Investigaciones Demographic and Health Surveys Methodology International USA, 2011 y utilizando para el análisis estadístico el programa SPSS/V.22, señaló que a las mujeres cuando se les preguntó sobre las prácticas de lactancia y alimentación del niño durante el día o la noche, refirieron que la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses fue de 28.1% y la duración mediana de la lactancia de 9.0 meses. Los niños de 0-23 meses que recibieron lactancia continua fueron 38% y biberón (fórmulas lácteas) 70%.

Entre los niños más pequeños que viven con su madre, 90.2% de los niños de 6 a 8 meses de edad están recibiendo alimentos complementarios. En general, entre los alimentos sólidos o semisólidos, elaborados a partir de granos 64.6% son los más consumidos, independientemente si toman pecho o no, seguidos por carnes, pescados y aves 48.5%, y alimentos fortificados (45.3%). Entre los líquidos, consumían en mayor porcentaje otros líquidos (66.5%) y fórmulas infantiles (54.3%). Cuarenta y nueve por ciento de los niños de 6 a 23 meses, que están lactando, consumieron frutas y verduras ricas en vitamina A, comparado con el 55.7% de los lactantes del mismo grupo de edad que no lactan.

Casi tres cuartos (73.2%) de los niños que no amamantan y 54.6% de los que sí lactaban de 6 a 23 meses de edad consumieron carne, pescado o aves. El 43.1% de los niños de 6 a 23 meses de edad que no amamantaron consumían alimentos hechos con legumbres y nueces y el 54.9% que no lactaba consumían queso, yogur y otros productos lácteos. Entre los niños que amamantan en el mismo grupo de edad, el 38.8% consumió alimentos elaborados con legumbres y nueces y el 51.6% consumió queso, yogur y otros productos lácteos.

La alimentación complementaria es, tal vez, uno de los procesos con mayor vulnerabilidad para el estado nutricional de la población menor de dos años de edad. Por tal razón, la importancia que adquieren los alimentos como tal, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional de los niños.

Los infantes y niños pequeños deben recibir una dieta mínima adecuada para asegurar un crecimiento y desarrollo adecuado. Sin una adecuada diversidad y frecuencia de comidas, los lactantes y los niños pequeños son vulnerables a la desnutrición, especialmente las deficiencias de micronutrientes, el retraso del crecimiento, y al aumento de la morbilidad.

La recomendación de la dieta mínima aceptable de la OMS, que es una combinación de diversidad dietética y frecuencia mínima de comidas, es diferente para los niños amamantados y no amamantados. La diversidad dietética es un indicador de la densidad adecuada de micronutrientes de los alimentos. La diversidad dietética mínima significa alimentar al niño con alimentos de al menos cuatro grupos de alimentos. La selección de cuatro grupos de alimentos se asocia con dietas de mejor calidad tanto para los niños amamantados como para los que no son amamantados. El consumo de alimentos de por lo menos cuatro grupos de alimentos significa que el niño tiene una alta probabilidad de consumir al menos una fuente animal de alimento y al menos una fruta o verdura además de un alimento básico (granos, raíces o tubérculos).

La frecuencia mínima de la comida es una aproximación a las necesidades energéticas de un niño. Para los bebés y niños pequeños, el indicador se basa en la cantidad de energía que el niño necesita y, si el niño es amamantado, la cantidad de energía no se satisface solo con la leche materna y debe complementarse con alimentos. Se considera que los niños amamantados consumen la frecuencia mínima de las comidas si reciben alimentos sólidos, semi-sólidos o blandos al menos dos veces al día para los bebés de 6 a 8 meses y al menos tres veces al día para los niños de 9 a 23 meses. Se considera que los niños no lactantes de 6 a 23 meses de edad se alimentan con una frecuencia mínima de comidas si reciben alimentos sólidos, semisólidos o blandos al menos cuatro veces al día. La frecuencia mínima de comidas que consiste en recibir comida sólida, semisólida o blandos, por lo menos 2 veces/día en niños de 6-8 meses que lactan fue de 65% y para los de 9-23 meses (consumo de 3 veces/día) fue de 49%. El 51% de los niños de 6-23 meses que no lactan, recibieron cuatro veces/día comidas ⁴.

Referencias

1. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Guía para medir la diversidad alimentaria a nivel individual y del hogar. (2013). FAO. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i1983s.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud/UNICEF. Infant and Young Child Feeding (IYCF). Nutrition Section, Programmes, UNICEF. [internet] New York. (2011). Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
3. Organización Mundial de la Salud, Breastfeeding Report Card Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USA. (2014). Disponible en: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2014breastfeedingreportcard.pdf>
4. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENASSER). (2015). Panamá. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES). Disponible en: https://panama.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ENASSER%202014-2015-%20version%2030%20abril_0.pdf
5. Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS). USA. (2015). Disponible en: https://www.unicef.org/statistics/index_24302.html
6. Instituto Nacional de Estadística y Censo. (INEC). (2013). Panamá. Disponible en: https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=45&ID_PUBLICACION=622&ID_IDIOMA=1&ID_CATEGORIA=17
7. Estado Mundial de la Infancia y la Nutrición. UNICEF.USA. (2016). Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
8. Panamá Ministerio de Salud. Ley No. 50 del 23 de noviembre de 1995, en la que se protege y fomenta la lactancia materna. Panamá. 1996. Gaceta Oficial, 22.919 (nov.27 1995).
9. Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Recurso Humano de salud sobre Lactancia Materna en el Primer Nivel de Atención. (2014). Revista de la Academia Panameña de Medicina y Cirugía. Vol. 34 # 3, Panamá.
10. Rodríguez F., De León R. López A. Chamorro F. Factores relacionados a la Lactancia Materna Exclusiva en Panamá. (2017). Revista de la Academia Panameña de Medicina y Cirugía. Vol. 37 # 2, Panamá

SECCIÓN SEGUNDA

Investigación

CAPÍTULO I

Amamantar al bebé canguro: amor, cultura e innovación tecnológica

Nubia Castiblanco López¹
Dania Samara García Garzón²

Resumen

Objetivo: Describir el significado que tiene la lactancia materna para madres con bebés en Programa Madre Canguro (PMC) ambulatorio, con el fin de elaborar TICS que visibilicen el cuidado de enfermería a la familia y el recién nacido prematuro y bajo peso al nacer. **Métodos:** Estudio cualitativo con enfoque etnográfico. Como referente teórico, se utilizó la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Madeleine Leininger y el análisis etnográfico de James Spradley. Se realizaron 24 entrevistas a profundidad a nueve puérperas que acudían con sus bebés prematuros al Programa Madre Canguro (PMC) ambulatorio de un hospital de Bogotá, entre septiembre del 2016 y abril del 2017. Se tuvo en cuenta las consideraciones éticas y consentimiento informado. **Resultados:** Surgen los siguientes dominios: amamantar con amor; dar leche materna humana al niño/a canguro; extraer leche materna humana; cuidado de la enfermera canguro; uso del brasier; cuidado de los senos; y aumentar la producción de leche materna humana. A partir de algunos hallazgos se crean las obras audiovisuales *Masaje al Bebé Canguro* y *Nuna te enseña los cuidados del bebé canguro*. **Conclusiones:** Amamantar el bebé canguro significa para las madres participantes un acto de amor, ellas reconocen las enseñanzas de la enfermera y recurren a prácticas culturales. No obstante, presentan dificultades en la casa para despertar el bebé y empiezan a implementar la leche de fórmula. Situación difícil que amerita atención y contar con TICS disponibles las 24 horas para apoyar a las familias con bebés canguro en el hogar.

1. Profesora Universidad Nacional de Colombia, Magister en enfermería para la salud materna perinatal, Grupo materno perinatal. Línea de investigación: Cuidado de enfermería a la familia y el recién nacido prematuro y bajo peso al nacer en programa madre Canguro. Correo electrónico: ncastiblancol@unal.edu.co

2. Magíster en enfermería para la salud materna perinatal, Grupo materno perinatal. Línea de investigación: Cuidado de enfermería a la familia y el recién nacido prematuro y Bajo peso al nacer en programa madre Canguro. Correo electrónico: dsgarciag@unal.edu.co

Palabras clave: lactancia materna; recién nacido prematuro; recién nacido de bajo peso; recursos audiovisuales; enfermería; cultura (fuente: DeCS, BIREME).

Introducción

En Colombia, según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en 2016 se presentó un total de 641.493 nacimientos, donde 129.077 (20.1%,) fueron prematuros. En la ciudad de Bogotá se considera que 9 de cada 100 nacidos vivos en el país son prematuros y bajo peso al nacer, condiciones para ser incluidos en el Programa Madre Canguro (PMC)¹.

El PMC, surge en el año de 1.978 en el Instituto Materno Infantil en Bogotá y uno de sus pilares es la lactancia materna. Según Suazo², los bebés prematuros necesitan más estímulo y apoyo a la práctica de la lactancia materna especialmente cuando se encuentran en casa. Al igual, Nursan³, describe la autoeficacia de las madres en cuanto a la lactancia con mayor indicador en las madres que recibieron entrenamiento o información en lactancia materna, en comparación con las que no son entrenadas.

La falta de preparación de los padres se ha asociado con mayores índices de menor utilización del programa canguro ambulatorio, estrés, déficit de habilidades en el hogar y problemas de nutrición infantil. Por lo tanto, es perentorio crear TICS como herramientas de educación lideradas por enfermería y que vinculen un trabajo interdisciplinario. No obstante, primero fue indispensable investigar qué significa para las madres amamantar el bebé canguro en casa.

El estudio hace parte de la línea de Cuidado de Enfermería a la Familia y el Recién Nacido Prematuro y Bajo Peso al Nacer en el Programa Madre Canguro. Asimismo, se fundamenta en el concepto alimentar al niño(a), dominio propuesto por Castiblanco N y Muñoz L (2011)⁴.

Métodos

Estudio de tipo cualitativo con enfoque etnográfico. El fundamento teórico provino de Madeleine Leininger (2011), en conjunto con la entrevista y el análisis etnográfico de James Spradley (2011).

La recolección de la información se realizó en el hogar de las madres a través de entrevistas; se realizó una pregunta orientadora y todo ello fue grabado y transcrito textualmente; se realizaron de dos a tres entrevistas por cada participante. Luego se procedió a realizar el análisis de dominio, taxonómico y componencial.

Por otra parte, para la creación de TICS, se contó con guiones, diagramación, una pieza musical original, grabación cine y televisión, traducción inglés portugués y divulgación en medios de comunicación.

Resultados

De la investigación surgen los siguientes dominios: Amamantar con amor; dar leche materna humana al niño/a canguro; extraer leche materna humana; uso del brasier; cuidado de los senos; aumentar la producción de leche materna humana; y el cuidado de enfermería basado en la educación.

1. Amamantar con amor

Para las púerperas con bebé canguro, alimentar a sus hijos con su propia leche significa dar amor. Es decir, una nutrición emocional. Un testimonio fue:

Amamantar es todo; es el amor que uno les brinda a ellos. Es algo que se le separó a uno; cuando ellos nacen, como que el cordoncito se lo cortan. Entonces, digamos, queda ese vínculo todavía entre ambos (Fanny, P6E1).

La lactancia es la oportunidad de contacto íntimo, es la demostración de amor entre la madre y su hijo, es donde se fortalece este vínculo^{5,6,7}.

2. Dar leche materna humana al niño/a canguro

Para las madres, alimentar a su hijo prematuro con su propia leche significa también una nutrición física. Según el estudio de Velásquez, donde evidenció clínicamente que con la lactancia materna exclusiva se obtiene ganancia de peso y talla adecuada en bebés prematuros⁸.

Entonces, para ellos es esencial comer bien, para que crezcan grandotes, con muchas defensas (Fanny, P6E1).

3. Extraer leche materna humana

Las madres extraen leche con la mano o con jeringa, considerada esta última una técnica dolorosa, según lo demuestran los siguientes testimonios:

Eso fue algo duro, porque al principio me dolió mucho. O sea: como que la jeringa me maltrataba el pezón; fue duro, muy duro [...] Pues yo pienso que es feo hacer eso (Carla, P3E2).

La mayoría de las madres entrevistadas utilizaron la jeringa como método de extracción, lo cual resulta inadecuado y doloroso, pues lastima el pezón. Ellas sienten que la jeringa hala el pezón, que espichan los senos, y creen que es una práctica impuesta por el personal de salud. Ahora bien, los lineamientos del Ministerio de Salud recomiendan la extracción manual⁹, con la técnica Marmet, considerada como un método seguro, económico, higiénico y eficaz¹⁰.

4. Cuidado de la enfermera canguro

Para las madres entrevistadas, la enfermera canguro significa la persona que entrena sobre lactancia materna en el método canguro a través de un proceso de apoyo, compañía y educación como lo evidencia el testimonio.

Los senos se me pusieron como una piedra, me dolían, me bañaba en leche, y la enfermera de allá fue la que me enseñó a hacer los masajes para que se quitaran esas bolas (Carla, P3E1).

Se puede observar, a partir del testimonio anterior, el papel importante de la enfermera en el proceso de preparación para cuidar al recién nacido prematuro^{11,12,13}.

5. Uso del brasier

En el ejercicio de cuidar a sus bebés canguros en el hogar, las madres deben tener a su hijo en contacto piel a piel las 24 horas del día. De esta manera, las puérperas participantes señalaron que no usaban brasier porque creían que podía lastimar al bebé y manifestaron sentirse desagradadas por no poder usarlo, lo cual terminan aceptando por imposición.

Allá nos explicaron en el hospital que una no podía tener brasier (Diana, P4E2).

Es que sin brasier sí se riega la leche mucho. (Blanca, P2E1).

Las madres en realidad no aceptan esta práctica. El uso del brasier es muy significativo, pues proporciona comodidad y bienestar tanto para la madre como para el bebé.

6. Cuidado de los senos

Para las participantes es importante mantener la higiene en los senos y practicar masajes para prevenir la mastitis.

[...] Masajes, pues, con las yemitas de los dedos. Me los hacía acá en el seno de forma circular, de aquí hacia abajo, por todo el rededor del seno; así nos enseñaron allá (Carla, P3E2).

7. Aumentar la producción de leche materna humana

Las participantes del presente estudio reconocieron lo importante que es alimentar a sus hijos con su leche materna y comprenden los beneficios de amamantar. Por consiguiente, emplean estrategias que aumenten la producción de leche materna, por ejemplo, el consumo de agua de panela con hinojo, pues creen que esta bebida ayuda a mejorar la calidad y cantidad de la leche (conocimiento Emic).

[...] Sí, tomo harto. Todas las noches bebo agua de panela con leche e hinojo (Elena, P5E2).

Para mejorar la producción de leche materna, en los estudios se reporta que lo más importante es la succión para estimular la salida de leche¹⁴. Por otra parte, a la luz de la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, se encontró que las participantes adoptan la posición de melón o caballito para amamantar porque aprendieron de los profesionales de enfermería (conocimiento etic).

En este orden de ideas, a partir de necesidades halladas, como la conservación de la leche materna, masaje que ayude a despertar el bebé, posiciones para amamantar y prácticas culturales relacionadas con consumo de hinojo para aumentar la producción de leche y el uso de la camiseta roja de bayetilla, se crean las obras audiovisuales *Masaje al Bebé Canguro*¹⁵ y *Nuna te enseña los cuidados del bebé canguro*¹⁶, TICS que se esperan sean compartidos con el personal de salud y las familias canguro.

Discusión

Los resultados de este estudio nos dejan ver el significado que atribuyen las madres cuando amamantan bebés canguro en el hogar con una inclinación hacia lo afectivo. No obstante, es una tarea difícil que requiere de acompañamiento y apoyo permanente expresado, por un lado, en la modificación de técnicas rutinarias que producen incomodidad y malestar en las madres, llevando a la no aceptación como es el uso de la jeringa para extraer leche materna y la prohibición del brasier; y por otro lado, elaborar y usar avances tecnológicos, TICS en salud, como una alternativa virtual para facilitar el control de la desigualdad social y territorial a favor del respeto hacia las creencias culturales de las familias canguro con un costo relativamente sostenible y en tiempo real.

Conclusiones

Las participantes consideran la lactancia materna para sus bebés prematuros como un acto de amor, reconocen los beneficios aprendidos por la enfermera dentro del programa y recurren a prácticas culturales. No obstante, frente a las dificultades, las familias requieren de atención y también contar con TICS disponibles las 24 horas del día en la Web. Finalmente, se recomienda implementar en los Programas Canguro del mundo, TICS como el *Masaje al Bebé Canguro* y *Nuna te enseña los cuidados del bebé canguro*.

Referencias

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Bogotá: Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2016>
2. Suazo, J. H., Reymundo, M. G., Aguilar, M. C., Galiana, G. G., Moya, A. J., Aguinagalde, M. T., & Guasch, X. D. Recomendaciones para el manejo perinatal y seguimiento del recién nacido prematuro tardío. In *Anales de Pediatría [serie en Internet]* 2014 [acceso: 12 ene 2018] Vol. 81, No. 5, pp. 327. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.06.006>
3. Nursan, C., Dilek, K., & Sevin, A. (2014). Breastfeeding Self-Efficacy of Mothers and the Affecting Factors. *Aquichan*, 14(3), 327–335
4. Castiblanco N, Muñoz L. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. *Av Enferm [serie en Internet]*. 2011 [acceso: 15 sep 2015];29(1):120-129. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35865/37070>
5. Ospina JM, Jiménez ÁM, Betancourt EV. Influencia de la lactancia materna en la formación del vínculo y en el desarrollo psicomotor. *Colección Académica Ciencias Sociales [serie en Internet]*. 2016 [acceso: 13 mar 2016];3(2):1-10. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/cienciassociales/article/view/6639/6121>
6. Kair, L. R., Flaherman, V. J., Newby, K. A., & Colaizy, T. T. The experience of breastfeeding the late preterm infant: a qualitative study. *Breastfeeding medicine [serie en Internet]*. (2015) [acceso: 12 ene 2018]; 10(2), 102-106. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0121>
7. Pinilla E, Domínguez CC, García A. Madres adolescentes: un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. *Enferm Glob [serie en Internet]*. 2014 [acceso: 25 oct 2017];13(33):59-70. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.13.1.171461>
8. Velásquez G. Comparación de la ganancia de peso de neonatos prematuros alimentados con lactancia materna exclusiva con énfasis en la fracción emulsión, lactancia mixta y sucedáneos. *Rev Fac Med [serie en Internet]*. 2014 [acceso: 13 mar 2017];62(Sup 1):29-34. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3sup.40740>

9. Ochoa G. Manual para la extracción conservación; transporte y suministro de la leche materna: para mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia, agente de salud y comunitario. 3a ed [manual en Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Acción Social, UNICEF, Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas; 2014 [acceso: 25 oct 2017]. Disponible en: http://huila.gov.co/documentos/2012/Salud/ManualLactancia_2010_lito.pdf
10. Tomico del Río M. Taller de Lactancia materna (Tetaller). Rev Pediatr Aten Primaria [serie en Internet]. 2013 [acceso: 25 oct 2017];15(Sup 23):109-116. Disponible en: DOI <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000300013>
11. Martínez JM, Delgado M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. Rev Assoc Med Bras [serie en Internet]. 2013 [acceso: 13 mar 2017];59(3):254-257. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.12.001>
12. Adama, E. A., Bayes, S., & Sundin, D. Parents' experiences of caring for preterm infants after discharge from neonatal intensive care unit: a meta-synthesis of the literature. Journal of Neonatal Nursing [serie en Internet]. 2016 [acceso: 12 ene 2018] 22(1), 27-51. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2015.07.006>
13. Rizkianti A, Novianti N. Health professionals' support for exclusive breastfeeding among textile industry laborers in Jakarta. J Kesehat Reproduksi [serie en Internet]. 2015 [acceso: 25 oct 2017];6(3):137-144. Disponible en: DOI: [10.22435/kespro.v6i3.4737.137-144](https://doi.org/10.22435/kespro.v6i3.4737.137-144)
14. Vásquez M, Romero Á, Rivas A. Prácticas colombianas galactogogas y tradiciones para evitar complicaciones mamarias: papel de enfermería. Ciencia y Salud Virtual [serie en Internet]. 2014 [acceso: 13 mar 2017];6(1):14-24. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.22519/21455333.411>
15. Castiblanco, N. Masaje al Bebé canguro. Bogotá Colombia. 2017. Obra audiovisual Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=qbhGjlaPKGk>
16. Castiblanco, N. Pedraza, DA. Nuna te enseña los cuidados del bebé canguro. Bogotá Colombia. 2018. Obra audiovisual Disponible en <http://perinatal.unal.edu.co/>

CAPÍTULO II

Factores relacionados con abandono de la lactancia materna exclusiva en adolescentes de 13 a 18 años. Cartagena - Bolívar 2017

Moraima del Toro Rubio¹
Shirley Fernández Aragón²
Kendy Madero Zambrano³
Zorayda Barrios Puerta⁴

Resumen

Objetivo: Describir los posibles factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en adolescentes de 13 a 18 años en un barrio de la localidad 2 de la Ciudad de Cartagena de Indias, 2017. **Métodos:** Investigación de naturaleza cuantitativa, descriptiva y transversal; población de 490 madres adolescentes (13-18 años) con una muestra de 216 madres, a las cuales se les aplicó un cuestionario estructurado; el estudio éticamente se fundamentó en la Resolución 8430 de 1993. **Resultados:** La edad que prevaleció fue 16 (25,9%), con bachillerato (83,3%). En la suspensión de la lactancia presentaron influencia moderada las causas culturales (69,9%) y psicológicas (53,7%), bajo las biológicas (79,6%) y las económicas (63,0%). **Conclusiones:** Existen diversos factores que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva en adolescentes, sobre todo de tipo cultural y psicológico.

1. Enfermera, Magíster en educación. Especialista en salud familiar. Área de conocimiento salud pública y enfermería familiar y comunitaria. Correo electrónico moraima.deltoro@curnvirtual.edu.co
2. Enfermera, Magíster en enfermería. Especialista en gestión de la calidad y auditoria en salud. Área de conocimiento Gestión del cuidado y cuidado a los colectivos. Correo electrónico: shirley.fernandez@curnvirtual.edu.co
3. Enfermera, Magíster en Auditoria y Sistemas de Calidad en Servicios de Salud. Área de conocimiento Administración en enfermería y auditoria en salud. Correo electrónico: endy.madero@curnvirtual.edu.co
4. Enfermera, Magíster en educación. Especialista en medico quirúrgica con énfasis en cuidados intensivos. Área de conocimiento Cuidado del adulto y adulto mayor. Correo electrónico: zorayda.barrios@curnvirtual.edu.co

Palabras clave: lactancia materna, suspensión, madres adolescentes. (Fuente: DeCs).

Introducción

La lactancia materna es considerada por la Organización Mundial de la Salud como un hábito de enorme importancia para el ser humano, ligado íntimamente a la supervivencia desde tiempo inmemorial pues, como mamífero que es la cría humana, precisa de la leche de su madre para su supervivencia, sin ella fallecería inexorablemente¹. La Organización Panamericana de la salud reconoce el beneficio para la salud de la madre y el lactante, afirma que los bebés alimentados con leche materna son más capaces de combatir todo tipo de infecciones².

Diversas creencias y factores socioculturales han llevado a la lactancia materna a un segundo plano, dentro de los cuales están la edad, la clase social, el grado de instrucción, el estado civil, el uso de alcohol, el tabaquismo, la primiparidad, la intención previa de alimentar con fórmula, el retraso en el contacto piel a piel, el uso en el hospital de fórmula previo al alta, el soporte familiar y del entorno inmediato, así como los problemas con la mamá y/o el pezón, son factores que inciden en el abandono de la lactancia materna³.

Esta investigación generó datos valiosos, pertinentes y basados en evidencia, que sirven para la formulación de recomendaciones encaminadas a la disminución del abandono de la lactancia materna.

Métodos

Investigación cuantitativa y descriptiva que consideró su objeto de estudio como algo externo al investigador, buscando así lograr la máxima objetividad^{4,5}.

La población correspondió a 490 mujeres adolescentes de 13 a 18 años residentes en un barrio de Cartagena, del cual se obtuvo una muestra de 216 personas por medio de un muestreo aleatorio estratificado⁶.

Para la recolección y procesamiento de la información se efectuaron visitas en donde se aplicaron varias encuestas. La madre debió conocer y firmar el consentimiento y/o el asentamiento si era menor de 18 años antes de ser encuestada; luego se procedió a tabular los formularios en una matriz diseñada en el software SPSS.

Resultados

Caracterización sociodemográfica de las adolescentes

Como parte del análisis sociodemográfico efectuado, en las encuestadas se observó que estuvieron representadas de modo similar para todas las edades; las jóvenes de 16 años participaron en 25,9%; por su parte las de 15 y 17 años alcanzaron proporciones similares del 17,1% y 18,1%, respectivamente; la única edad que presentó participación de un dígito fue los 14 años, tanto que aquí se ubicó el 8,3% de las adolescentes objeto de estudio. Llama la atención que un 14,8% del total de madres se concentra en una edad de 13 años, esto da muestra de lo temprano de la maternidad en esta población local.

Al considerar la formación educativa de las madres adolescentes en cuestión, se halló que, en su mayoría, se encuentran cursando bachillerato o bien cursaron hasta este nivel (83,3%). Por otra parte, otras mujeres reportaron tener formación a nivel de primaria (16,7%). Quizá el embarazo a temprana edad ha hecho que se retrasen en sus estudios, o bien que lo abandonaran y quedaran solo con alguno de estos niveles como máximo; así, esta sería una de las consecuencias negativas del embarazarse a edades tan tempranas.

Identificación de las causas del abandono de la lactancia materna causas de tipo cultural

Se observó que las razones culturales son una causa con influencia predominantemente moderada sobre la suspensión de la lactancia materna entre las madres adolescentes, tuvieron lugar en el 69,9% del total. Se observó que el 25,5% de las madres presentan baja influencia cultural frente a la suspensión de la lactancia; y únicamente entre el 4,6% restante, ocasionaron un impacto alto en el destete.

La desagregación de los ítems o elementos que integran las causas culturales por las cuales las madres adolescentes suspenden la lactancia materna, mostró que los aspectos más críticos entre las madres resultaron ser el hecho de que éstas consideran en alta proporción que “es normal que en la familia se alimenten a los recién nacidos con sopas, jugos, entre otros, antes de los seis meses” (77,3%). También se destacó el hecho de que “a los demás bebés en su familia les dieron bebidas y/o alimentos en vez de leche materna” (54,6%). Ambos revelan acciones ocasionadas por la influencia de los miembros de la familia pero que resultan ser contraproducentes para el bienestar nutricional del menor en el presente, y en su desarrollo futuro.

Por otro lado, llamó la atención que un porcentaje importante de madres, pero que no fue mayoría, se encuentran influidas por los prejuicios que la sociedad tiene en torno

a amamantar en público, en tanto que algunas madres “consideraron que en lugares públicos es mejor darle otro alimento y no amamantar a mi hijo” (32,9%).

Causas de tipo psicológico

En relación con las causas de tipo psicológico en la suspensión de la lactancia materna por parte de madres adolescentes, se detectó que una proporción significativa de madres existió moderada influencia (53,7%), aunque también en muchas de ellas el impacto de estas causas resultó ser bajo (44,9%). Se apreció que fue muy reducida la participación de aquellas entre las que se da influencia alta (1,4%).

Cuando se toman en cuenta de modo desagregado los ítems que comprenden las causales psicológicas se halla que muchas madres tuvieron la idea que “el bebé se quedaba con hambre solo con la leche materna” (73,1%), por tanto, lo empezaron a alimentar con productos adicionales, inclusive cerca de la mitad de las madres declaró que “les generaba miedo el amamantarlo inadecuadamente” (56,5%).

Causas de tipo económico

El análisis de las respuestas frente a las causas de tipo económico en la suspensión de la lactancia materna reveló que las madres adolescentes tuvieron influencia baja (63%); sobre una proporción más reducida de estas mujeres, se halló un impacto moderado (27,8%) y en el 9,3% se detectó alta influencia (9,3%).

El panorama detallado de las causales económicas mostró que, a pesar de no ser la mayoría, un porcentaje nada despreciable de madres reconoció que “las actividades domésticas dificultaban amamantarlo” (25,5%). Asimismo, algunas manifestaron que “resultaba económico darle otro tipo de alimentación, como agua, te, jugos, sopas al niño” (18,1%); otro aspecto que llamó la atención fue que muy pocas madres indicaron que “trabajaban al momento de tener a su hijo” (2,8%), lo que llevaría a pensar que ellas contaban con el apoyo económico, al menos, de su familia para mantenerse durante esta etapa de su vida.

Causas de tipo biológico

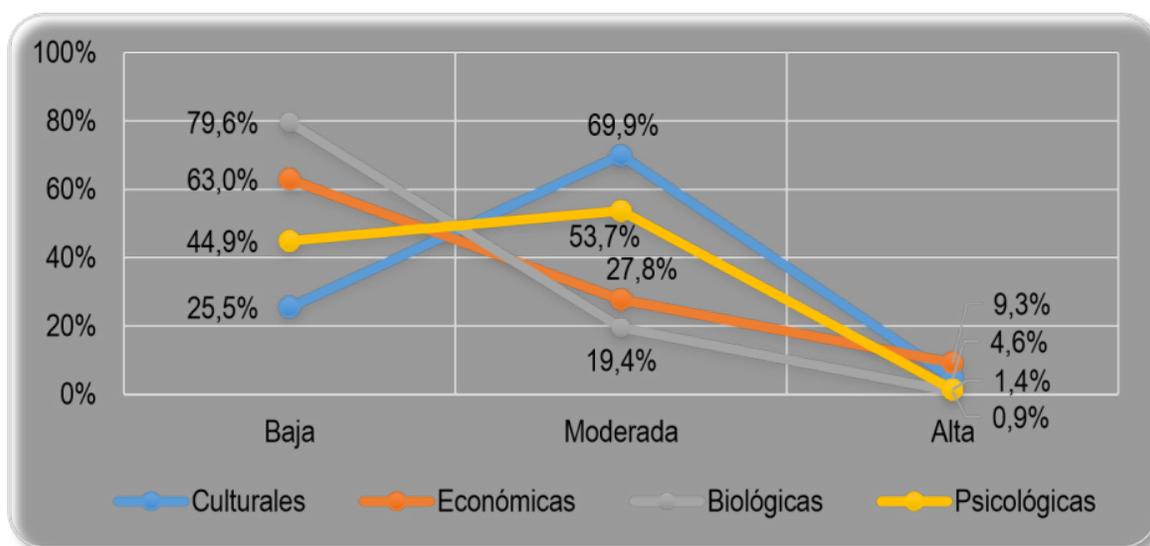
Por último, aparecen las causas biológicas que posiblemente llevaron a la suspensión de la lactancia materna; la mayoría de las madres tuvieron una influencia baja (79,6%), mientras que en muy pocas fue moderada (19,4%) y en baja proporción resultó alta (0,9%).

El aspecto biológico más común fue que “alguna vez las madres presentaron inflamación de sus pechos o agrietamiento” (42,1%); el resto de ítems presentó baja recurrencia, ya que apenas el 26,9% de las madres indicaron que “no alcanzaba a

producir suficiente leche para alimentarlo”, el 9,7% reconoció que “el bebé rechazó la leche materna que le proporcionaba”, y por último, solo el 6,5% expresó que “el bebé presentaba alguna enfermedad que impedía amamantarlo”.

Causas según su importancia

Gráfica 1. Influencia de las diversas causas de la suspensión de la lactancia materna por parte de madres adolescentes.



Fuente: Encuesta sobre factores relacionados con abandono de la lactancia materna exclusiva en adolescentes de 13 a 18 años en un barrio de la localidad.

2. Cartagena - Bolívar

En esta última parte del capítulo se muestra un análisis comparativo de los factores ya presentados con el fin de hacer evidente cuál o cuáles aspectos influyeron en mayor proporción. Con base en la evidencia se pudo establecer que las causas biológicas fueron las que más baja influencia tuvieron con un 79,6% de las madres; en segundo lugar, aparecieron las causales económicas, con 63%. Entre las causas moderadas se destacaron las culturales con un 69,9% y las psicológicas, con 53,7%; a su vez, el grupo de alta influencia estuvo liderado por las económicas y las culturales, pero con poca participación, siendo el 9,3% y el 4,6%, respectivamente.

Discusión

De acuerdo con los resultados del componente sociodemográfico, se logró observar que las edades oscilaron entre los 13 y los 18 años, no obstante, sobresalieron las de 16 (25,9%), de 15 (17,1%) y de 17 años (18,1%), presentando, entre ellas, educación de bachillerato (83,3%). Estos resultados se pueden comparar con el estudio de Gogna y Binstock⁷, donde el 21,5% tenía primaria completa o menos.

Frente a las causas del abandono de la lactancia materna exclusiva, esta investigación determinó que algunas presentan una influencia mayor que otras; en particular se destacaron las causas psicológicas las cuales ejercen un impacto moderado (53,7%). Lo anterior coincide con Laghi y col.⁸, quienes observaron un mayor riesgo de abandono de esta práctica entre las madres adolescentes porque percibían que su hijo no se satisfacía con su leche (riesgo de abandono del 35%) y en palabras de Wambach y colaboradores⁹, esto contribuye como un potencial factor asociado al uso de fórmula u otros alimentos. Ante esto, la OMS¹⁰ expresa que esta creencia no constituye una razón aceptable para la suspensión de la lactancia materna exclusiva.

Por otra parte, las causas culturales con una influencia moderada (69,9%), evidencian el impacto negativo que tienen las prácticas familiares, lo que concuerda con Becerra y colaboradores¹¹, en tanto que el 20,2% de un grupo de madres adolescentes refirieron la influencia de la familia y allegados, y el 13,3% señaló un inadecuado apoyo familiar, concluyendo que muchas madres consideran a la familia como un factor que dificulta la lactancia materna (19,3%).

Entre tanto, las causas biológicas tuvieron poca influencia, siendo baja (79,6%); a diferencia de este resultado Gómez, Díaz y Manrique¹² hallaron que las principales razones para no alimentar de manera exclusiva al niño fueron creer que no tenía suficiente leche (23%), o que el niño no quiso o no le gusto (14%). Ante esto Ruíz y Martínez¹³, calculan que, entre su muestra, el 33,3% indicó disponibilidad de poca leche.

Conclusiones

El trabajo permitió establecer que la población en general tiene conocimientos regulares sobre lactancia materna. De igual manera, sus prácticas resultaron no ser siempre las más adecuadas. Los aspectos psicológicos y culturales fueron los factores más influyentes, lo cual permite relacionar sus acciones a aspectos del ciclo vital que viven; sin duda la inmadurez de determinadas funciones cerebrales y su propia

cultura pueden conllevar a considerar como normal algunas acciones como alimentar al recién nacido con sopas, jugos, entre otras, y en casos más graves, su suspensión por la preocupación de su aspecto físico después del amamantamiento. Todos estos aspectos dejan mucho que pensar, sobre todo porque llama la atención que las estrategias de promoción son poco inclusivas desde estos aspectos determinantes

Referencias

1. Borre M, Cortina C, González G. Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente? *Revista Cuidarte*. 2014; 5(2): 723-730
2. Rodríguez L. Factores Asociados al Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en Mujeres Derechohabientes de la Ciudad de Córdoba Veracruz. Veracruz; 2014.
3. Laghi A, Yaipen A, Risco V, Pereyra R. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú. *Revista Archivos de medicina*. 2015; 11(3):11. [Citado 2017 Abril 20]; Disponible en:<http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/factores-asociados-al-abandono-de-lalactancia-materna-exclusiva-en-unamuestra-de-madres-de-lima-per2013.php?aid=7071>
4. Abalde E, Muñoz J [internet]. Metodología cuantitativa vs. cualitativa. [citado 1 Marzo 2017]. Disponible en: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/8536/CC-02art7ocr.pdf?sequence=1>
5. Hernández B, Velasco H. Encuestas transversales. *Salud Pública de México*. 2000; 42(5): 447-455
6. Ordóñez H [Internet]. Muestreo Aleatorio estratificado. [citado 1 Marzo 2017]. Disponible en: https://owl.english.purdue.edu/media/pdf/20090212013008_560.pdf
7. Gogna M, Binstock G. Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas. *Salud Colectiva*. 2017; 13(1): 63-72.
8. Laghi A, Yaipen A, Risco R, Pereyra R. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú, 2013. *Archivos de Medicina*. 2015; 11(3): 1-7.
9. Wambach K, Domian E, Page S, Wurtz H, Hoffman K. Experiencias de lactancia materna exclusiva entre mujeres mexicanas-americanas. *J. Hum. Lact*. 2016; 32(1): 103-111.
10. Organización Mundial de la Salud. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna. Ginebra; 2009.
11. Becerra F, Rocha L, Fonseca D, Bermúdez L. El entorno familiar y social de la

madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Revista de la Facultad de Medicina. 2015; 63(2): 217-227.

12. Gómez L, Díaz C, Manrique R. Factores asociados con lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes en madres adolescentes. Medellín, 2010. Revista de Salud Pública. 2013; 15(3): 374-385.
13. Ruíz P, Martínez J. Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. Revista de Enfermería. 2014; 8(2): 52-61.

CAPÍTULO III

Lactancia materna exclusiva: factor protector de enfermedades prevalentes de la infancia. Zona rural de Cartagena, Colombia, 2018

Irma Yolanda Castillo Ávila¹
Cristina Elena Bohórquez Moreno²
Luis Reinaldo Alvis Estrada³

Resumen

Introducción: La leche materna es el alimento que debe recibir un niño durante los primeros seis meses de vida, esta favorece un adecuado crecimiento y desarrollo físico, intelectual y social; e implica el ahorro de recursos económicos a nivel familiar. Pese a ello, la prevalencia de la práctica de lactancia materna exclusiva en Colombia sigue siendo muy baja, tanto en el ámbito rural como en el contexto urbano. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de lactancia materna en el área rural de Cartagena, Colombia. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal que incluyó 344 madres de niños y niñas de 0 a 24 meses de edad, habitantes de los corregimientos que hacen parte del distrito de Cartagena, seleccionados mediante un muestreo estratificado por afijación proporcional. La información recolectada fue almacenada en el programa Microsoft Excel Windows 10.0 y se analizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 24. **Resultados:** Participaron en el estudio 334 madres de 9 corregimientos de la ciudad de Cartagena; la edad promedio de las madres de niños y niñas fue 29,6 años, (DE= 9,6 años). El Nivel de escolaridad predominante, fue bachillerato completo 35,3% (118) y solo el 13,2% (54) tiene un nivel educativo que oscila entre técnico, tecnólogo. Del total de los infantes incluidos en el estudio el 19% (132) tienen menos

1. Enfermera, Magíster en Salud pública- Docente facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena. Correo electrónico: icastilloa@unicartagena.edu.co
2. Enfermera, Magíster en Farmacología, Universidad de Cartagena. Correo electrónico: cbohorquezm@unicartagena.edu.co
3. Economista, Magíster en Salud pública- Docente facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena. Correo electrónico: lalvise@unicartagena.edu.co

de 6 meses de edad. La prevalencia de lactancia materna exclusiva fue del 62,1% (82) en niños y niñas menores de 6 meses y la lactancia materna complementaria solo la reciben adecuadamente el 36,6% (72) de los niños y niñas entre 7 y 24 meses de edad. **Conclusiones:** Pese a los esfuerzos nacionales y locales por impulsar la lactancia materna en la ciudad, la proporción de madres que alimentan a sus hijos solo con leche materna durante los primeros 6 meses de vida es muy baja.

Palabras clave: Lactancia materna, lactante, medio rural. Fuente (DECS).

Introducción

La leche materna es el único alimento que deben recibir los niños y niñas durante los primeros 6 meses de vida. La composición de la leche materna garantiza que el niño reciba todos los nutrientes que demanda su organismo para un adecuado funcionamiento y reduce los riesgos de problemas nutricionales como la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades derivadas de estas condiciones como la diabetes¹.

Dentro de las principales características de la leche materna humana se destacan el alto contenido de carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales, lípidos y agua. Una de las ventajas más importantes de la leche materna, es que ayuda a prevenir las enfermedades prevalentes en la infancia, como las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas, para estas últimas actuando como un factor protector de la mucosa intestinal. Así mismo, la alimentación con leche materna durante los primeros meses de vida puede reducir la severidad o gravedad de estas enfermedades cuando afectan a los menores. Principalmente la acción protectora de la leche materna se debe a su gran contenido de inmunoglobulinas, dentro de las cuales se encuentra, la inmunoglobulina A y algunos oligosacáridos^{3,4}.

Se ha observado entre los niños y niñas alimentados con leche materna de forma exclusiva menor riesgo de muerte súbita y mejores resultados en los procesos del neuro-desarrollo. De igual forma, la práctica de lactancia materna exclusiva ayuda a la mujer a reducir el riesgo de sangrado postparto y a disminuir de manera importante la probabilidad de desarrollar cáncer de seno y de ovario, además de minimizar problemas como el sobre peso y la obesidad⁵.

A pesar de los múltiples beneficios descritos, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva es muy baja. A nivel mundial solo el 40% de los niños menores de 6 meses es alimentado solo con leche materna. Según la ENSIN de 2015 entre mujeres con niños menores de 6 meses, la mediana de lactancia materna en el país fue de 1,8 meses,

observándose algunas diferencias entre la población indígena que es ligeramente superior (2,1 meses) y entre los afrodescendientes que solo alcanza 0,80 meses. También se observan diferencias por área de residencia, siendo ligeramente mayor entre las mujeres que amamantan en la zona urbana (1,8 meses), en comparación con las mujeres de la zona rural (1,7 meses)⁶.

A nivel local no se han encontrado estudios que informen sobre las prácticas de lactancia materna entre las mujeres de la zona rural de la ciudad, aspecto que es importante para percibir de una manera más amplia las prácticas de alimentación en los niños y niñas de la ciudad, y reorientar los programas de intervención tendientes a la disminución de los problemas nutricionales de la primera infancia⁷.

Métodos

Estudio descriptivo de corte transversal. Participaron 344 madres de niños de 0 a 24 meses de edad de 9 corregimientos del área rural de Cartagena. Para la recolección de la información se usaron dos instrumentos: una encuesta sociodemográfica elaborada por los autores para caracterizar a la población y, además, se aplicó la segunda dimensión de encuesta sobre la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia propuesta por la Organización Panamericana de la Salud y avalada por el DADIS, la cual incluye las prácticas que contribuyen al buen crecimiento físico y mental de niños menores de cinco años, incluyendo la alimentación. Se evaluó en tres categorías (lactancia materna exclusiva menor de 6 meses-; lactancia materna complementaria -6 meses a 2 años-; y alimentación -2 años a 5 años).

La información fue recolectada por los investigadores mediante visitas domiciliarias a las familias seleccionadas de los diferentes corregimientos del área rural de Cartagena. Posteriormente, esta fue almacenada en el programa Microsoft Excel Windows 10.0 y analizada utilizando el programa estadístico SPSS versión 24. Se aplicó estadística descriptiva, calculando frecuencias absolutas, promedios y desviaciones estándar. Los resultados se presentan en tablas y gráficas.

La investigación se basó en los parámetros éticos contenidos en la Resolución 00843 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, en el cual se clasificó esta investigación como de riesgo mínimo para los participantes. Estos resultados se enmarcan en un proyecto macro que evaluó todas las prácticas saludables claves propuestas por la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en la zona rural del distrito de Cartagena.

Resultados

Características sociodemográficas de los participantes del estudio

Participaron en el estudio 334 madres de 9 corregimientos de la ciudad de Cartagena; la edad promedio de las madres de niños fue 29,6 años, (DE= 9,6años), el 19% (132) de los niños tienen menos de 6 meses de edad. El Nivel de escolaridad predominante, fue bachillerato completo 35,3% (118) y solo el 13,2% (54) tiene un nivel educativo que oscila entre técnico, tecnólogo y universitario. La seguridad social predominante de los niños es la afiliación al régimen subsidiado 76.9% (257), y no se encuentran afiliados a ningún régimen 6,3% (21). (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes en el estudio

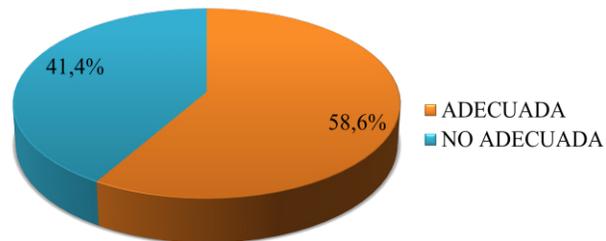
Edad del menor	N	%
Lactante mayor	202	60,5
Lactante menor	132	39,5
Estado civil de la madre	N	%
Casada	26	7,8
Separada	30	9,0
Soltera	38	11,4
Unión libre	234	70,1
Viuda	6	1,8
Estado civil de la madre	N	%
Bachillerato completo	118	35,3
Bachillerato incompleto	120	35,9
Primaria completa	15	4,5
Primaria Completa	17	5,1%
Técnico	44	13,2%
Tecnólogo	10	3,0%
Estado civil de la madre	N	%
Contributivo	66	16,8
No tiene	21	6,3
Subsidiado	257	76,9
TOTAL	334	100

Fuente: datos del estudio

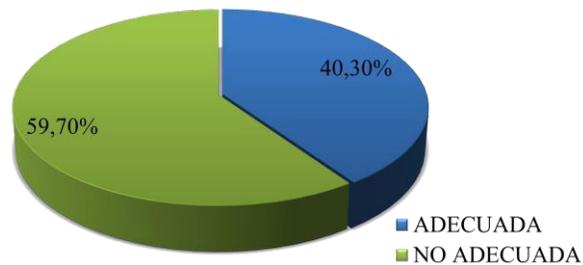
Prevalencia de lactancia materna en el área rural de Cartagena

La prevalencia de lactancia materna exclusiva fue del 62,1% (82) en niños menores de 6 meses y la lactancia materna complementaria solo reciben adecuadamente el 36,6%(72) de los niños entre 7 y 24 meses de edad. (Grafica 1 y 2)

Gráfica 1. Lactancia materna efectiva en el menor de 6 meses



Gráfica 2. Lactancia materna efectiva en el lactante de 6 a 24 meses



Discusión

Los resultados de este estudio muestran que la práctica de lactancia materna en la zona rural no alcanza porcentajes ideales, estos resultados son similares a los obtenidos por Rodríguez en su estudio realizado en el área sanitaria de Vigo, Galicia, donde la prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños y niñas menores de 6 meses fue del 50,2% de los participantes, y en los de dos años fue de 26,67%. Del mismo modo, al contrastar los resultados con comunidades rurales similares como las de la India y Etiopía^{3,4}, se encuentra que el reportado en el presente estudio es más alto. Estas diferencias pueden estar influidas por hábitos alimenticios relacionados con patrones culturales de alimentación, mitos e ideas erróneas asociadas a la práctica de lactancias y algunas limitaciones que se derivan del rol trabajador de la madre, lo cual implica que la madre retome actividades laborales antes de cumplir el periodo de lactancia exclusiva, por lo que este se ve abruptamente interrumpido^{8,5}.

La prevalencia de lactancia materna exclusiva encontrada, es acorde con el nivel educativo de la población de estudio; existe evidencia la cual indica que la educación de la madre se constituye como un determinante de la lactancia materna exclusiva. En la población estudiada, el nivel educativo es considerado bajo, puesto que incluso no se encontraron madres en educación superior. Por lo tanto, es importante reorientar la instrucción e información en salud que se brinda a las madres y cuidadores, adaptándola al nivel educativo, para mejorar la adherencia a esta práctica de alimentación en los infantes⁵.

Los beneficios de la lactancia materna exclusiva deben ser promovidos muy especialmente en las comunidades rurales, puesto que es en ellas en donde se ha visualizado de mejor manera la reducción del riesgo de morbilidad y mortalidad en población infantil⁹.

En relación con la lactancia materna en los niños entre 6 meses y 2 años, esta se considera junto con otras prácticas como efectivas a la hora de combatir la desnutrición¹⁰. En Colombia, se ha reportado que uno de los mayores enemigos de la lactancia materna exclusiva es la introducción temprana de la leche entera que incluso está condicionada también a la tenencia de otros hijos¹¹.

Por todo lo anterior, se debe propender por incentivar la lactancia materna exclusiva, especialmente, en comunidades con mayor vulnerabilidad económica tales como las rurales, para lograr disminuir los resultados negativos en la salud de los menores a la vez que se garantiza mejor disponibilidad de los alimentos para este grupo poblacional.

La principal fortaleza de esta investigación se deriva de que suministra información generada de una zona rural. Para próximas evaluaciones se recomienda realizar varias mediciones en el tiempo, con el fin de verificar la permanencia de la práctica de la lactancia durante los primeros seis meses de vida.

Conclusión

Pese a los esfuerzos nacionales y locales por impulsar la lactancia materna en la ciudad, la proporción de madres que alimentan a sus hijos solo con leche materna durante los primeros 6 meses de vida es muy baja, por lo que se hace necesario la implementación de políticas y estrategias dirigidas al fortalecimiento de la LME hasta los 6 meses de edad y completaría en niños de 7 a 24 meses, como factor protector del adecuado crecimiento y desarrollo de los niños.

Referencias

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis De Situación De Salud (ASIS) Colombia, 2017. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia. módulo 11 aconsejar a la madre. Washington, D.C., 2010.
3. Hoche S, Meshesha B, Wakgari N. Sub-Optimal Breastfeeding and Its Associated Factors in Rural Communities of Hula District, Southern Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*. 2018 07/20/ received 01/01/accepted;28(1):49-62. PubMed PMID: PMC5866289.
4. Nishimura H, Krupp K, Gowda S, Srinivas V, Arun A, Madhivanan P. Determinants of exclusive breastfeeding in rural South India. *International Breastfeeding Journal*. 2018 2018/08/29;13(1):40.
5. Oribea M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain, H., Santa Marina, L. Villar, M, Ibarluzea, J. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*, 2015; 29 (1): 4-9.
6. Colombia. MINSALUD. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN-2015. Bogotá: Ministerio; 2015. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/ensin_2015_final.pdf
7. Larrahon M, Martínez I. Evaluar la calidad del programa de alimentación y nutrición de la primera infancia, empleado en el Hogar Infantil Comunitario Santa Rita en el primer semestre del 2014: Universidad de Cartagena; 2015.
8. Niño R, Silva E, Atalah S. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev. chil. pediatr*. 2012; 83(2): 161-169
9. Zaragoza Cortes J, Trejo Osti LE, Ocampo Torres M, Maldonado Vargas L, AA. OG. Poor breastfeeding, complementary feeding and dietary diversity in children and their relationship with stunting in rural communities. *Nutr Hosp*. 2018;35(2):271-8.
10. Debnath SC, Haque ME, Hasan DMM, Samin S, Rouf MA, Rabby MF.

Undernutrition and Morbidity Profile of Exclusively Breastfeeding Children: A Cross-sectional Study. *International Journal of Preventive Medicine*. 2018 06/26

11. Londoño Á, Mejía M. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2010;9(191):124-37.

CAPÍTULO IV

Desarrollo y validación de una escala para actitud de lactancia materna

Álvaro Jácome Orozco¹
 Fabio Alexander Sierra Matamoros²
 Laura del Pilar Villarreal Torres³
 Helen Preciado Barrera⁴

Resumen

Introducción: El diseño de estrategias que mejoren la actitud hacia la lactancia permitirá fomentar la lactancia exclusiva; para identificar pacientes que se beneficiarán de estas estrategias y evaluar sus resultados es necesario hacer una medición objetiva de este constructo. **Objetivo:** Desarrollar y validar una escala que mide actitud hacia la lactancia materna diseñada para Colombia. **Métodos:** Se definieron 17 ítems orientados a medir actitud materna, en escala tipo Likert. La escala fue aplicada a 518 madres con productos sanos, a término, sin patología, en el posparto inmediato, del Hospital de San José y la Clínica el Country. Se recogió información sobre variables clínicas y sociodemográficas y los resultados se evaluaron mediante la Teoría Clásica de Test; la Teoría Respuesta el ítem mediante un modelo de Rasch de crédito parcial. **Resultados:** Se encontró una validez semántica adecuada, los supuestos para el análisis factorial fueron adecuados para desarrollar el análisis factorial exploratorio. Se definió por Eigenvalues la presencia de un constructo: actitud, se conservaron las 17 preguntas. Los índices de confiabilidad y separación fueron adecuados para la escala y bajos para los participantes, indicando que la escala discrimina niveles de actitud, estos fueron similares en la muestra. Los estadísticos de ajuste mostraron dos ítems con contenido similar y uno que no mide de manera adecuada el constructo. Las preguntas que más aportaron a la medición evaluaron el conocimiento sobre beneficios de la lactancia y

1. Álvaro Jácome Orozco. Médico Pediatra, Epidemiólogo. Universidad Javeriana Clínica del Country. Correo electrónico: alvarjacome@gmail.com
2. Fabio Alexander Sierra Matamoros. Psicóloga, Msc en Epidemiología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Correo electrónico: alvarjacome@gmail.com fasierra@fucsalud.edu.co
3. Laura del pilar Villarreal Torres. Residente de III año de Pediatría. Fundación universitaria ciencias de la salud. Correo electrónico: alvarjacome@gmail.com laulo_26@hotmail.com
4. Helen Preciado Barrera. Médico Pediatra. Fundación Universitaria Ciencias de la Salud - Hospital San José. Correo electrónico: helenitapb@hotmail.com

el uso de leches de fórmula. Conclusiones: La escala colombiana para la evaluación de la actitud hacia la lactancia materna es válida para discriminar el constructo en pacientes con niveles bajos y medios, mostrando su utilidad para identificar madres que se beneficiarían de intervenciones para mejorarla. Se sugiere la inclusión de ítems para discriminar niveles altos.

Palabras clave: lactancia materna, actitud, escalas, desarrollo escalas.

Introducción

El desarrollo y la validación de escalas están dados a partir de la necesidad de cuantificar hechos no tangibles como la inteligencia, la calidad de vida, la actitud o la aptitud; a través de las respuestas dadas a los ítems de las escalas o test se determina la magnitud del constructo que se está midiendo¹. Se han elaborado diferentes metodologías para desarrollar escalas entre las cuales están la teoría clásica de test y la teoría de respuesta al ítem^{2,3}.

En la teoría clásica de test, el modelo más utilizado es el clásico, en el cual la evaluación del constructo se da a partir de la sumatoria de los ítems que conforman la escala, en la cual su puntuación varía desde cero hasta la máxima en el test. La puntuación está conformada por las respuestas de cada uno de los participantes más el error de medida, pudiendo discriminarse ítems fáciles y difíciles y la discriminación de las respuestas; dentro de las debilidades que se tiene al validar una escala con esta metodología está en la dependencia de la población que la realiza^{4,5}.

La Teoría de respuesta al Ítem utiliza modelos probabilísticos que relacionan el constructo medido (por ejemplo, la actitud de la madre hacia lactancia^{6,7}, y la probabilidad de respuesta a un ítem específico^{8,9}. De esta forma, se puede establecer qué tan probable sea que un sujeto responda de manera correcta a dicho ítem, dado por la cantidad de constructo que tenga el sujeto.

Métodos

El estudio se realizó en dos fases: construcción de la escala y validación de la escala.

Construcción de la escala

Para construir los ítems se realizó una revisión de la literatura sobre actitud hacia la lactancia materna y sobre escalas para su medición. A partir de los resultados obtenidos, un pediatra con conocimiento en lactancia materna propuso un grupo de

ítems que fueron sometidos a un proceso iterativo de validación semántica y ajustes por un gastroenterólogo, un nutriólogo pediatra, un psicólogo experto en semántica, una enfermera experta en lactancia y una madre.

Validación de la escala

La consistencia interna fue evaluada por medio del estadístico alpha de Cronbach. La validez de contenido fue evaluada por medio de análisis factorial exploratorio: se aplicó la prueba de esfericidad de Bartlett, el test de Kaiser-Meyer-Olkin y se determinó el número de factores por medio de la inspección del gráfico de sedimentación y los valores propios mayores a 1. La validez de constructo convergente fue evaluada por medio de un coeficiente de Spearman y la confiabilidad test-retest por medio del coeficiente de Lin. Se utilizó el software stata 15[®] para realizar estos análisis.

El análisis de teoría de respuesta al ítem, se realizó por medio de un modelo de Rasch de crédito parcial para analizar la confiabilidad de ítems y personas, el ajuste de los ítems en la escala, para evaluar la escala de medición de cada ítem y para obtener una estimación de la precisión de la medición de la escala. La confianza de personas e ítems fue medida con índices de confiabilidad (varían entre 0 y 1, valores más altos implican mejores resultados) y de separación (se sugieren valores mayores a 2 para mostrar adecuada discriminación); el ajuste se midió con los estadísticos INFIT y OUFIT: en su forma sin estandarizar (MNSQ), valores mayores a 1.5 indican desajuste y menores a 0.5 indican redundancia, mientras que en su forma estandarizada (ZSTD), valores mayores a 1.9 sugieren desajuste y menores a -1.9 muestran redundancia. Se realizó un mapa de personas e ítems para evaluar la capacidad de cada ítem para medir distintos niveles de actitud y para describir la distribución de actitud en la muestra de participantes. La precisión de la medición se evaluó por medio del gráfico de función de información del test. Se verificó el cumplimiento de los supuestos de unidimensionalidad e independencia local. Se utilizó el software Winsteps^{®10}, y las librerías eRm¹¹ y mokken^{12,13} del paquete R para este análisis.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e investigaciones de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y de la Clínica el Country de Colombia.

Resultados teoría clásica de los ítems

Validación de la escala

Fueron incluidas 518 madres. Se presentan los datos demográficos.

Tabla 1. Características de las participantes en el estudio de validación

Variable ¹	N (%)
Edad	28 (23.4 - 34)
Hijos	
1	246 (47,6)
2	196 (37,9)
3 o más	75 (14,5)
Escolaridad	
Primaria	27 (5,2)
Bachillerato	221 (42,8)
Profesional	215 (41,6)
Posgrado	54 (10,4)
Regreso al trabajo	
Menos de un mes	15 (4.5)
Un mes	3 (0.9)
Dos meses	7 (2.1)
Tres meses	106 (31.7)
Más de tres meses	203 (60.8)
Peso de la madre en kg	69 (62-78)
Talla de la madre en m	1.6 (1.4-1.8)
Peso del niño en gr	3010 (2760 - 3300)
Talla del niño en cm	50 (49-51)
Sexo del niño –femenino	262 (50.6)
Edad gestacional en semanas	38 (38-39)
Vía del parto – cesárea	285 (55.4)

Se presenta la mediana y el rango inter-cuartílico para las variables cuantitativas y la frecuencia absoluta y relativa para las cualitativas.

Construcción de la escala

Los ítems se construyeron en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: 1: totalmente en desacuerdo; 2: en desacuerdo; 3: ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4: de acuerdo; 5: totalmente de acuerdo. Los ítems 2, 6, 14 y 17 se puntúan de manera inversa.

Tabla 2. Validación semántica de los ítems de la escala

Ítem	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad
1. Amamantar a mi bebé los primeros seis meses de vida, le dará una mejor salud.	4	4	4	4
2. Es más fácil controlar la alimentación de mi bebé con el tetero que cuando lo amamantol.	3	3	3,5	3
3. Mi bebé puede manifestarme cuando está lleno y no quiere tomar más leche.	3,5	4	4	4
4. Para mí no tiene importancia el lugar donde doy seno a mi bebé.	4	4	4	4
5. Se puede continuar la lactancia materna después de terminar la licencia de maternidad.	4	4	4	4
6. La lactancia prolongada posterior mayor a 6 meses, afecta mi salud.	4	4	4	4
7. El apoyo en el proceso de la lactancia por mi pareja, es importante para mí.	4	4	4	4
8. La lactancia materna es menos costosa que la lactancia con leche de fórmula.	2,5	3	3,5	3,5

9. Siento menos satisfacción personal cuando alimento a mi bebé con leche de fórmula que con leche materna.	4	4	4	4
10. La forma como me alimento, afecta la calidad de la leche que produzco.	3,5	4	4	4
11. La actitud de mi pareja con relación a la lactancia, es muy importante para mí.	4	4	4	4
12. Extraerme mi leche es otra opción de alimentar al seno a mi bebé.	3,5	4	4	3,5
13. Mi bebé crece mejor si lo alimento solo con el seno.	3,5	3,5	3,5	4
14. El amamantar a mi bebé en forma permanente, afecta mi figural.	3,5	4	4	3,5
15. Mi bebé tiene más riesgo de engordarse si lo alimento con leche de formula.	3,5	3	4	4
16. Mi bebé acepta más fácil el inicio de la alimentación complementaria cuando se alimenta con seno que cuando se alimenta con tetero.	4	4	4	4
17. La leche de fórmula es igual de saludable a la leche maternal.	3,5	3,5	3,5	4

1 ÍTEMS CON PUNTUACIÓN INVERSA

Validez de contenido (T3)

La prueba de Bartlett (J_i cuadrado= 1249,4, $p < 0.001$) y el criterio de Kaiser Meyer Olkin (0.692) indicaron que la matriz de correlaciones fue factorizable, se definió un factor a partir del análisis de las diferentes rotaciones (Tabla 3).

Tabla 3. Cargas factoriales para los ítems de la escala para la evaluación de actitud hacia la lactancia materna

Items	Un dominio		Dos dominios		
	Factor 1	Unicidad	Factor 1	Factor 2	Unicidad
1. Amamantar a mi bebe los primeros seis meses de vida, le dará una mejor salud.	0.083	0.8130	0.0835	0.3520	0.8691
2. Es más fácil controlar la alimentación de mi bebé con el tetero que cuando lo amamanto.	0.512	0.6890	0.5126	-0.1095	0.7253
3. Mi bebé puede manifestarme cuando está lleno y no quiere tomar más leche.	0.0200	0.8910	0.0209	0.2811	0.9205
4. Para mí no tiene importancia el lugar donde doy seno a mi bebé.	0.0520	0.9040	0.0523	0.1172	0.9835
5. Se puede continuar la lactancia materna después de terminar la licencia de maternidad.	0.1420	0.7090	0.1422	0.4049	0.8158
6. La lactancia prolongada posterior mayor a 6 meses, afecta mi salud.	0.7500	0.3710	0.7514	-0.2193	0.3873
7. El apoyo en el proceso de la lactancia por mi pareja, es importante para mí.	0.3140	0.5720	0.3144	0.3627	0.7696
8. La lactancia materna es menos costosa que la lactancia con leche de formula.	0.1720	0.7820	0.1727	0.3505	0.8473
9. Siento menos satisfacción personal cuando alimento a mi bebé con leche de fórmula que con leche materna.	0.1850	0.7980	0.1857	0.2614	0.8972

10. La forma como me alimento, afecta la calidad de la leche que produzco.	0.0070	0.7830	0.007	0.3651	0.8667
11. La actitud de mi pareja con relación a la lactancia, es muy importante para mí.	0.1290	0.5780	0.1299	0.4945	0.7386
12. Extraerme mi leche es otra opción de alimentar al seno a mi bebé.	0.0110	0.7540	0.0119	0.4142	0.8283
13. Mi bebé crece mejor si lo alimento solo con el seno.	0.2020	0.7900	0.2020	0.3421	0.8421
14. El amamantar a mi bebé en forma permanente, afecta mi figura.	0.5830	0.6050	0.5831	-0.1771	0.6287
15. Mi bebé tiene más riesgo de engordarse si lo alimento con leche de fórmula	0.1150	0.9010	0.1115	0.0779	0.9807
16. Mi bebé acepta más fácil el inicio de la alimentación complementaria cuando se alimenta con seno que cuando se alimenta con tetero.	0.0390	0.8670	0.0390	0.08383	0.9907
17. La leche de fórmula es igual de saludable a la leche materna.	0.7540	0.3880	0.7564	-0.1678	0.3998

Tabla 4. Estadísticos de ajuste de los ítems

Ítem	INFIT		OUTFIT	
	MNSQ	ZSTD	MNSQ	ZSTD
1. Amamantar a mi bebé los primeros seis meses de vida, le dará una mejor salud.	0.95	-0.2	0.83	-0.5
2. Es más fácil controlar la alimentación de mi bebé con el tetero que cuando lo amamanto.	0.96	-0.7	0.96	-0.5
3. Mi bebé puede manifestarme cuando está lleno y no quiere tomar más leche.	1.08	1.1	1.11	1.5

4. Para mí no tiene importancia el lugar donde doy seno a mi bebé.	1.25	5.0	1.46	7.2
5. Se puede continuar la lactancia materna después de terminar la licencia de maternidad.	0.95	-0.4	1.0	0.0
6. La lactancia prolongada posterior mayor a 6 meses, afecta mi salud.	0.91	-1.3	0.89	-1.3
7. El apoyo en el proceso de la lactancia por mi pareja, es importante para mí.	0.92	-1.0	0.95	-0.5
8. La lactancia materna es menos costosa que la lactancia con leche de fórmula.	0.95	-0.4	0.86	-1.0
9. Siento menos satisfacción personal cuando alimento a mi bebé con leche de fórmula que con leche materna.	0.99	-0.1	1.04	0.6
10. La forma como me alimento, afecta la calidad de la leche que produzco.	1.07	0.9	1.14	1.5
11. La actitud de mi pareja con relación a la lactancia, es muy importante para mí.	0.98	-0.3	0.98	-0.2
12. Extraerme mi leche es otra opción de alimentar al seno a mi bebé.	0.98	-0.2	1.02	0.3
13. Mi bebé crece mejor si lo alimento solo con el seno.	0.98	-0.1	0.95	-0.5
14. El amamantar a mi bebé en forma permanente, afecta mi figura.	0.96	-0.6	0.94	-0.9
15. Mi bebé tiene más riesgo de engordarse si lo alimento con leche de fórmula.	1.11	2.2	1.13	2.4
16. Mi bebé acepta más fácil el inicio de la alimentación complementaria cuando se alimenta con seno que cuando se alimenta con tetero.	1.15	2.4	1.17	2.7
17. La leche de fórmula es igual de saludable a la leche materna.	0.85	-2.2	0.79	-2.6

Validez de constructo convergente

La correlación de Spearman entre la escala de actitud hacia la lactancia y la IIFAS fue 0.363 ($p < 0.001$).

Consistencia interna

Coefficiente alpha de Cronbach de 0.538.

Confiabilidad test re-test

El tiempo mediano entre aplicaciones de las escalas fue 8 días (rango IC 7 a 8 días, mín. 4 días, máx. 11 días). El promedio para la primera aplicación fue 71.6 (DE=5.2) y el promedio para la segunda fue 72.0 (DE=4.3). El coeficiente rho de Lin fue 0.377 (IC 95%: 0.140 – 0.614). La diferencia entre las dos aplicaciones fue -0.44 y los límites de Bland y Altman estuvieron entre -10.8 y 9.9.

Teoría de respuesta al ítem

La matriz de datos cumplió los criterios de unidimensionalidad (test de Martin Löf: Ji cuadrado: 572.745, $p = 1,000$) e independencia local.

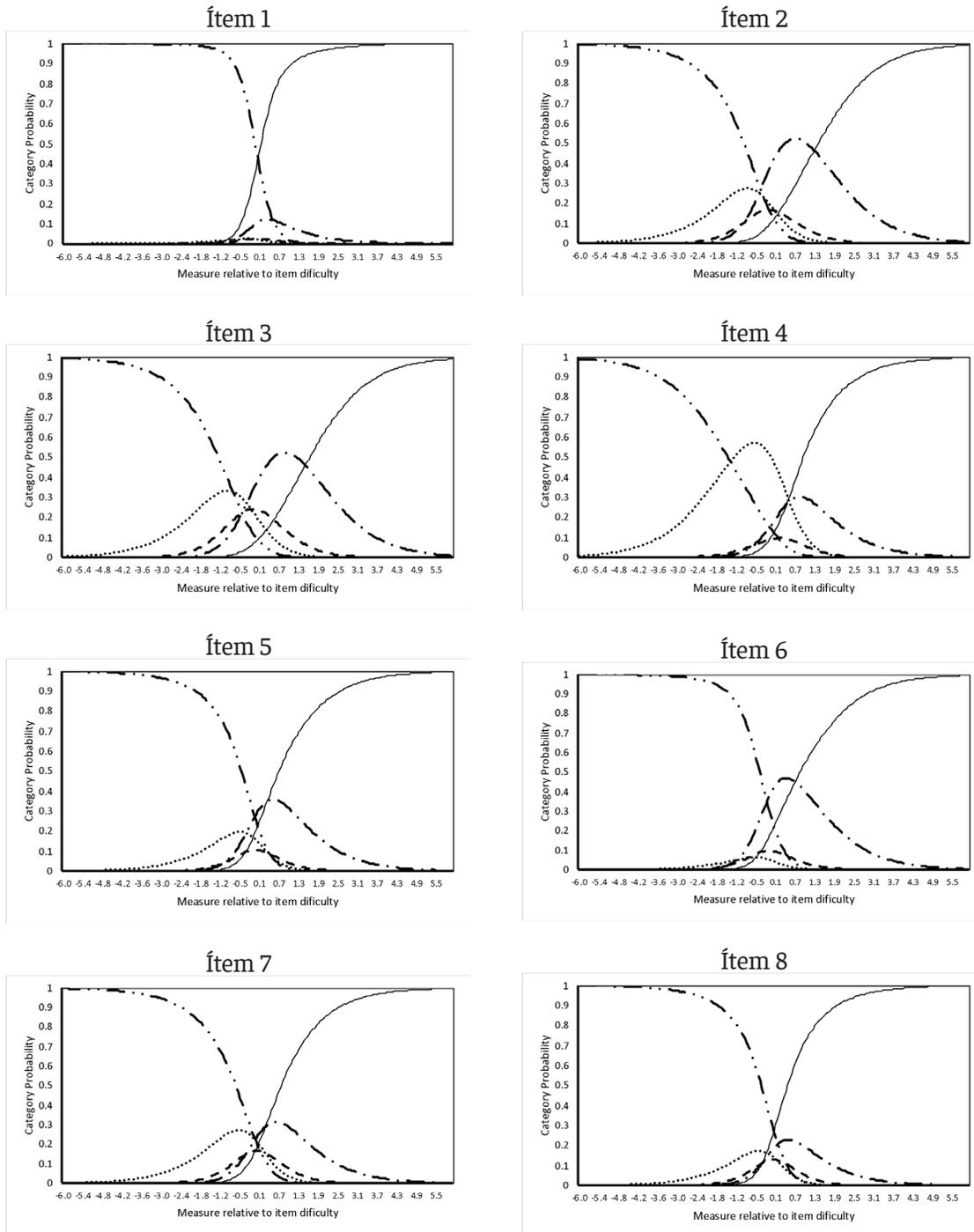
El índice de confiabilidad fue 0,63 para personas y 0,98 para los ítems; el índice de separación fue 1,30 para personas y 7,33 para los ítems. (tabla 4). Las medidas sin estandarizar (MNSQ) estuvieron dentro de los rangos esperados mientras que las estandarizadas (ZSTD) mostraron un caso de pobre ajuste.

El mapa de personas e ítems (figura 1) mostró la distribución de las personas entre -2 y 3 logits, la distribución encontrada indica que las participantes tuvieron en su mayoría, una actitud promedio a alta.

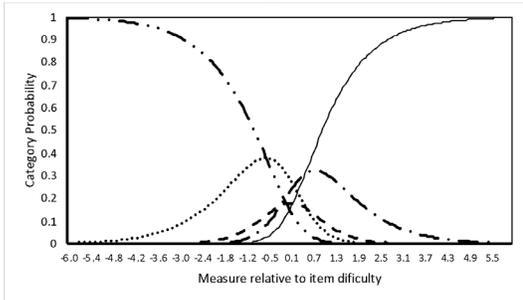
Figura 1. Mapas de personas e ítems de Wright de la escala para la evaluación de actitud hacia la lactancia materna. Los ítems están nombrados con la letra C y un número entre 1 y 17



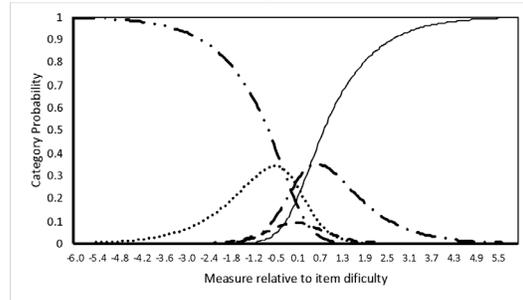
Figura 2. Evaluación de la escala de medición



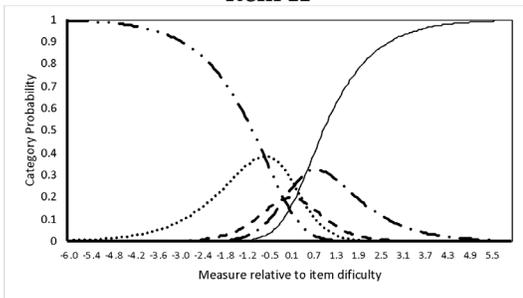
Ítem 9



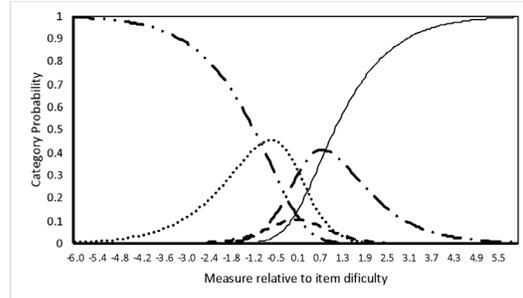
Ítem 10



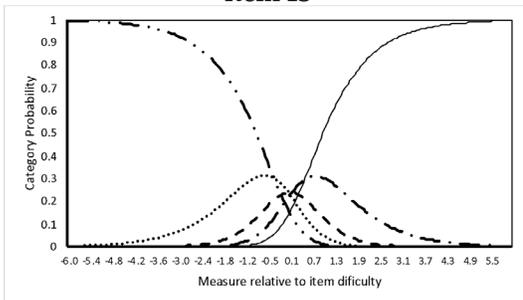
Ítem 11



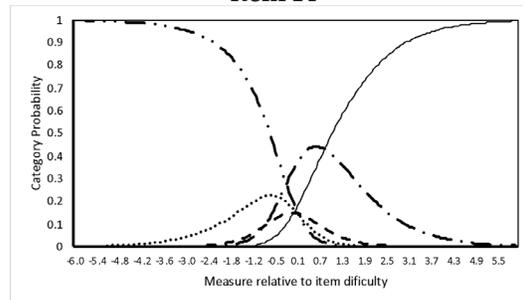
Ítem 12



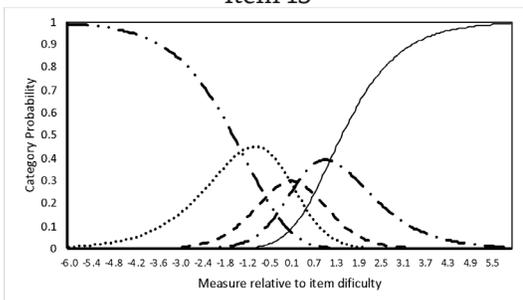
Ítem 13



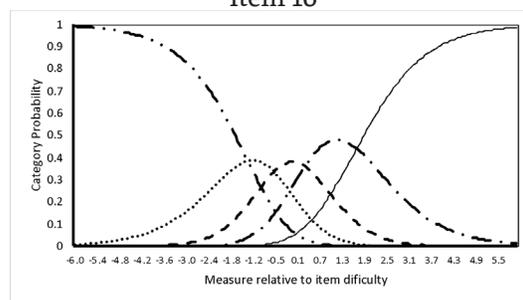
Ítem 14



Ítem 15



Ítem 16



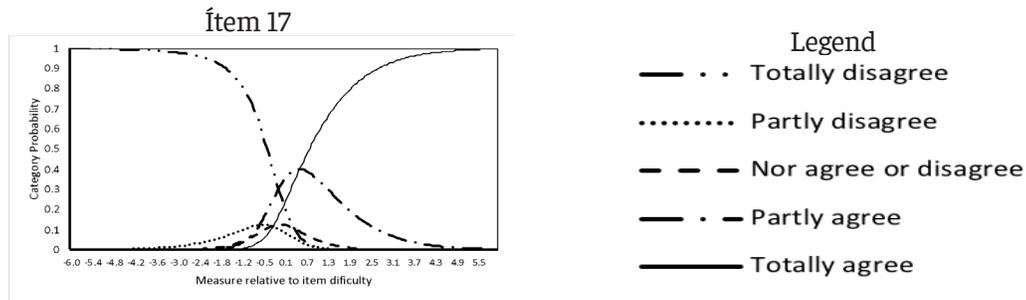
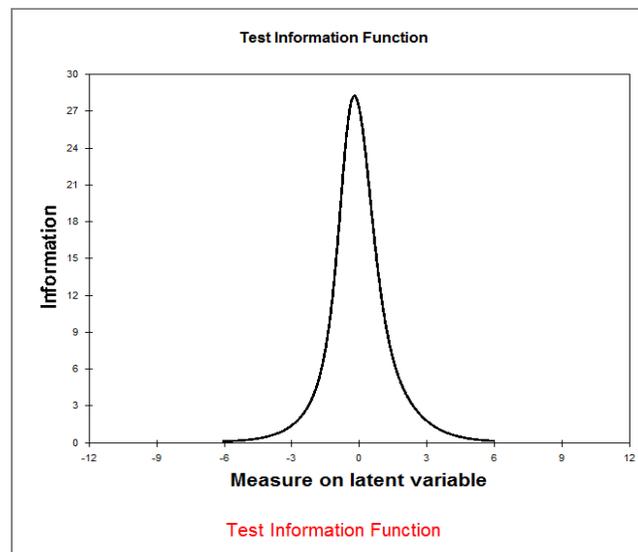


Figura 3. Función de información del test



Discusión

Dada la importancia de la actitud hacia la lactancia materna, la necesidad de disponer de un instrumento para su medición objetiva y teniendo en cuenta que las escalas existentes tienen ítems dependientes del contexto social en el que fueron construidos, este estudio propone una nueva escala de medición de la actitud hacia la lactancia, presenta su proceso de desarrollo y una primera validación de acuerdo con la teoría clásica de test y la teoría de respuesta al ítem. Se encontró una correlación positiva moderada al analizar la escala IIFAS frente a la colombiana.

El análisis de la escala mediante la teoría de respuesta al ítem mostró resultados obtenidos los cuales mostraron que la escala tiene ítems que discriminan bien la actitud hacia la lactancia, principalmente, en participantes con niveles de actitud

media y baja. La muestra que se obtuvo en la validación incluyó participantes con niveles de actitud medios a altos, como se observó en el mapa de personas e ítems, siendo una población homogénea en cuanto a actitud. Se considera que esta homogeneidad puede atribuirse a que la población estuvo constituida principalmente por madres de estratos medios y medios bajos; aunque se conoció el nivel educativo de la muestra, no se evaluaron otros aspectos culturales que permitieran definir mejor la razón de esta homogeneidad.

Analizando las diferencias entre las preguntas que tienen una mayor probabilidad de respuesta (fáciles) con relación a aquellas catalogadas como difíciles, la facilidad de las primeras se puede atribuir a que son preguntas sobre temas muy claros con relación a la lactancia en el contexto actual: apoyo de la pareja, lactancia extendida, extracción de la leche para el trabajo, resultado óptimo en la salud del niño. En cambio, las preguntas que están catalogadas como difíciles, en primera instancia, son aquellas que en su mayoría tienen una puntuación inversa, es decir que una respuesta negativa significa una actitud o conocimiento positivo frente a la lactancia y, en segundo lugar, implican un conocimiento más profundo respecto a la lactancia: riesgo de obesidad en el niño, riesgo de cambios nutricionales en la mujer y facilidad de inicio de la dieta complementaria.

En cuanto al sistema de puntuación que tiene la escala para cada uno de los ítems, se observaron categorías que no están siendo utilizadas por las pacientes, por lo que podría emplearse un número menor de niveles: muy en desacuerdo, neutro y muy de acuerdo. Estas opciones son adecuadas, teniendo en cuenta que el empleo de varias opciones de respuesta puede llevar a los encuestados a elegir opciones de indiferencia, por lo tanto, no midiendo adecuadamente el constructo¹⁴.

Dentro de las fortalezas del trabajo, está el análisis mediante dos metodologías para validación de escalas, la teoría clásica de test y la metodología de la teoría de respuesta al ítem.

En conclusión, la escala colombiana para la evaluación de la actitud hacia la lactancia materna es válida para discriminar el constructo en pacientes con niveles bajos y medios, mostrando su utilidad para identificar madres que se beneficiarían de intervenciones para mejorarla. Se sugiere la inclusión de ítems para discriminar niveles altos.

Referencias

1. Arias MRM LM, Lloreda MJH. (2014). *Psicometría*: Alianza Editorial.
2. Crocker LA, J. *Introduction to classical and modern test theory*. New York: Holt, Rinehart, & Winston; 1986.
3. DeVellis RF. *Scale Development: Theory and Applications*. Third Edition ed: SAGE; 2012.
4. L. SD. *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use*. Oxford, editor. Oxford New York: Oxford University Press; 2014. 432 p.
5. DeVellis RF. *Scale Development, Theory and Applications*. Los Angeles: SAGE; 2012. 73-114 p.
6. Wolfe EW SEJ. Instrument development tools and activities for measure validation using Rasch models. Part I - Instrument development tools. *J Appl Meas*. 2007;8:97-123.
7. Wolf EW SE. Instrument development tools and activities for measure validation using Rasch models. Part II - validation activities. *J Appl Meas*. 2007;8:204-34.
8. Aluş Tokat M. OH, Dennis CL. Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale-Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*. 2010;26(1):101-8.
9. Dencker A TC, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): Development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10(81):2393
10. Linacre JM. *Winsteps® (Version 3.93.0) [Computer Software]*. Beaverton, Oregon: Winsteps.com. Retrieved January 1, 2017. 2017 [Available from: <http://www.winsteps.com/>].
11. Hatzinger. PMR. CML based estimation of extended Rasch models with the eRm package in R. *Psychology Science*. 2007;49(1):26-43.
12. Ark LAvd. Mokken Scale Analysis in R. *Journal of Statistical Software*. 2007;20(11):1-1

13. J. H. Straat. L.A. Van der Ark, ., V. Sijtsma. Using conditional association to identify locally Independent item sets. *Methodology*, . 2016;12:117-23.
14. Morales Vallejo P. *Medición de actitudes en psicología y educación*. 3 ed. Madrid: Universidad Ponticia Comillas; 2006.

CAPÍTULO V

Prevalencia de la práctica de lactancia materna exclusiva en madres adolescentes de una fundación de la ciudad de Cartagena

Sandra Mondragón Bohórquez¹
Merlis Carrascal González²
Jacqueline Hernández Escolar³

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el 2001, reconfirmaron que durante los 6 primeros meses de vida los bebés deben ser amamantados en forma exclusiva y no requieren otro tipo de alimentación. La Lactancia Materna Exclusiva es el alimento más favorable que pueda recibir un niño hasta los 6 meses de edad. (World Health Organization, 2006). **Objetivo:** Determinar la prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva en madres adolescentes pertenecientes a la Fundación Juan Felipe Gómez Escobar. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal realizado en una muestra de 142 participantes, las cuales fueron seleccionadas de manera aleatoria. Para la medición de las variables, se utilizó una encuesta validada por la Organización Panamericana de Salud, los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico EPI INFO 7, para la medición de frecuencias. **Resultados:** Las participantes tenían edades entre los 14 y 19 años de edad, el 100% de las madres eran primigestantes y el 92% curso básico primaria. El 100% de la población pertenecía a estrato socioeconómico bajo, sólo un 34,1% de las madres realizó lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y el

1. Fonoaudióloga, Magister en trastornos del lenguaje y del habla. Docente del programa de fonoaudiología de la Universidad de San Buenaventura Cartagena. Correo electrónico: sandra.mondragon@usbctg.edu.co
2. Fonoaudióloga, Docente del programa de fonoaudiología de la Universidad de San Buenaventura Cartagena. Correo electrónico: mcarrascal@usbctg.edu.co
3. Bacterióloga, Magister en salud pública. Docente del programa de bacteriología de la Universidad de San Buenaventura Cartagena. Correo electrónico: jhernandez@usbctg.edu.co

3,5% no suministró lactancia materna por problemas de salud de la madre o el menor. El 18,8% de las madres introdujo a los 4 meses otro tipo de alimentos. **Conclusión:** La prevalencia de lactancia materna exclusiva en la población de estudio, es similar a la cifra que se registra para Colombia.

Palabras Clave: Lactancia materna, estrategia AIEPI, embarazo adolescente, alimentación del lactante, niño pequeño.

Introducción

Lactancia materna exclusiva, es el alimento más favorable que puede recibir un niño hasta los 6 meses de edad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han reconfirmado que, durante los 6 primeros meses de vida, los bebés deben ser amamantados en forma exclusiva con leche materna y no se requiere de otro tipo de alimentación¹.

De igual manera, en este mismo año, la Organización Mundial de la Salud aprueba la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, declarando el tiempo de duración óptima para la lactancia materna exclusiva y establece esta práctica como recomendación de salud pública mundial. Además, esta organización estimó que el fomento de la lactancia materna podría llevar a una reducción del 25% de la mortalidad por enfermedades diarreicas, durante los primeros meses de vida¹.

En el año 2010, reportaron que sólo el 34,7% de las mujeres entre 15 y 44 años del distrito de Cartagena, practicaron lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de los menores; además de mencionar que el abandono de esta, conlleva a problemas de malnutrición².

Diversos programas de apoyo alimentarios han surgido con el propósito de reducir la desnutrición crónica (talla baja) en los niños menores de cinco años. En Colombia, estos programas se vienen ejecutando desde hace varias décadas, sin embargo, ésta ha permanecido casi invariable, cursando cifras alrededor del 25.01%. Por esta razón se han realizado programas encaminados al fomento de la lactancia materna exclusiva, pues se reconoce el papel de esta en el adecuado desarrollo de los menores².

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Icbf) reportó en el año 2015 que el 21,5% de madres tenían edades entre los 15 y 19 años, cifras importantes que muestran el aumento de los embarazos en adolescentes y el incremento de este problema social y de salud pública³. Se ha reportado que las madres adolescentes tienden a abandonar tempranamente la lactancia materna, pues un estudio realizado por Sena, A., Rivera, R.,

Díaz, E., Hernández, B y Armas, N en el año 2014, detalló que las madres adolescentes entre los 14 y 17 años solo hacían lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses⁴.

Dentro de las variables asociadas al abandono de la lactancia materna, se describen la exposición que tienen las madres a los medios de información, lo que permite un mayor acceso informativo de los sucedáneos; además, el desconocimiento de los beneficios de la lactancia materna, las opiniones de los familiares y del personal de salud, los antecedentes parentales de lactancia y el número de amigos que aconsejen hacer o no lactancia materna⁵.

Ante estas barreras, se han implementado estrategias para mejorar la salud de los niños menores de 5 años. En el ámbito mundial, se viene trabajando en la educación de la madre y cuidadores; uno de esos componentes educativos corresponde a la estrategia de AIEPI comunitario, el cual contribuye al desarrollo de acciones que proporcionan conocimientos para que las madres cambien su actitud y desarrollen prácticas que favorezcan la salud del niño⁶. Esta estrategia se ha venido trabajando con madres adolescentes de escasos recursos a fin de fomentar un desarrollo integral en sus hijos. Sin embargo, no se conocen cifras que describan el número de madres que llevan a cabo la práctica y tampoco se han documentado los factores que se asocian a la no adopción de la lactancia materna exclusiva en este grupo poblacional⁷.

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, pertenecientes a una fundación de la ciudad de Cartagena. Así mismo, buscó determinar los tiempos de adopción de esta, los antecedentes clínicos y culturales de la madre para no adoptar la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal. La población estuvo constituida por 220 madres adscritas a una fundación para adolescentes embarazadas. A través del cálculo de tamaño de muestra para población finita, se seleccionaron de manera aleatoria a 142 participantes, a quienes, previa aplicación de consentimiento informado y autorización de los padres y disentimiento para las menores de edad, se les aplicó para la recolección de la información una encuesta validada por la Organización Panamericana de Salud (OPS). Con dicha encuesta fue posible medir variables sociodemográficos y culturales que influyen en la no adopción de la lactancia materna exclusiva, los tiempos de adopción de esta y los antecedentes clínicos de la madre para no adoptar la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Los datos fueron tabulados en Microsoft Excel, para, posteriormente, ser analizados con el paquete estadístico EPI INFO versión 7.0, logrando mostrar el comportamiento de las variables en términos de frecuencias.

Resultados

El 100% de las madres que participaron en el estudio, eran primigestantes y pertenecían al estrato socioeconómico bajo; el 65,2% eran mayores de 18 años y el 92% había cursado el bachillerato completo.

El 92,9% de las participantes tenían hijos con edades comprendidas entre un mes de nacido y 2 años; la mayor proporción de los niños estaba en el grupo etario entre los 10 y los 12 meses de edad (31.6%).

En lo que se refiere a la práctica de la lactancia materna, el 97,6% de las madres manifestó haber proporcionado leche materna a su hijo; sin embargo, solo el 34,1% lo practicó de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad. El 3,5% manifestó no haber suministrado lactancia materna por situaciones relacionadas con enfermedades de la madre (mastitis) o del menor (fisura labio palatino o trastornos neuromotor) o por la creencia asociada a que la leche materna por sí sola no logra llenar los requerimientos nutricionales de los menores.

El 18,8% de las madres introdujeron a los 4 meses otro tipo de alimentos, manifestando incluirlos en la dieta del menor para que este no se acostumbrara solo a la leche materna y recibiera otro tipo de alimentos en el futuro.

Discusión

En cuanto a la edad, los datos son similares a los reportados por Contreras en el año 2011, quien declara que entre 1990 y 2005 se aumentó considerablemente el número de nacidos vivos, pasando de 70 a 90 en la población de mujeres adolescentes con edades entre los 15 y los 19 años. Este mismo patrón se evidenció en los departamentos del oriente del país y más recientemente en las grandes capitales como Bogotá, Medellín y Cali. Además, los embarazos en adolescentes se presentan con mayor frecuencia en población desplazada, jóvenes indígenas y en el estrato socioeconómico bajo⁸.

Se pudo evidenciar que, a pesar de estar expuesta la población a programas de promoción de lactancia materna exclusiva, solo el 34,1% de la población reportó realizar

la práctica. Dentro de este hallazgo es importante destacar que la mayoría de las madres decidieron incorporar otro tipo de leches por voluntad propia, bajo la percepción de que la leche materna no suplía las necesidades nutricionales. Frente a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que la mayoría de las adolescentes no practican la lactancia materna de forma exclusiva, debido a la introducción de alimentos sólidos y de líquidos como agua y jugos; además, detalla que el 18,8% de las madres inician la alimentación complementaria antes de los seis meses¹.

Aunque existe evidencia de los beneficios a corto y largo plazo sobre la lactancia materna, en Colombia, en los años comprendidos entre 2005 y 2010, se presentan cifras preocupantes, así lo detalla el informe sobre los avances y retos de la lactancia materna: Colombia 1970 a 2003, este aduce que la disminución del tiempo de lactancia materna se debe a las actitudes negativas y prácticas inadecuadas asumidas por las madres y familiares cercanos⁹.

Dentro de esta investigación se pudo evidenciar que los antecedentes clínicos no fueron una causa del abandono de la lactancia materna exclusiva dado que el 96,4% de las encuestadas no sufrió y sus hijos no presentaron enfermedades que limitaran la aplicación de la práctica.

Los resultados obtenidos en esta investigación fueron similares a los reflejados en otros estudios en cuanto a que, si bien el proporcionar conocimientos adecuados a las madres puede ser un factor protector de la lactancia materna exclusiva, las intervenciones de apoyo a la misma debe incluir el aspecto cultural y las creencias propias de las madres adolescentes y sus núcleos familiares, ya que aunque se cambian los conocimientos, las creencias de las madres influyen en la no adopción de la práctica de lactancia materna exclusiva¹⁰.

Referencias

1. WHO. Optimal feeding of low-birth-weight infants: a review. Geneva, World Health Organization, 2006. http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241595094/en/index.html.
2. LONDOÑO FRANCO, Ángela Liliana; MEJÍA LÓPEZ, María Shirley. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2010, vol. 9, no 19.
3. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Embarazo en adolescentes: generalidades y percepciones, 2015. <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/embarazo-adolescente-web2015.pdf>
4. BARRIOS, Arnaldo Sena, et al. Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 2014, vol. 18, no 4, p. 574-589.
5. KORNIDES, Melanie.; KITSANTAS, Panagiota. Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. Journal of Child Health Care, 2013, vol.17, no. 3, p. 264-273.
6. Ministerio de Protección Social. Componente Comunitario de la estrategia AIEPI. Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud. Secretaria de Salud., 2010. www.envigado.gov.co/.../SecretariadeSalud/.../Prestacion%20de%20servi...
7. Ministerio de Protección Social. Guía operativa para la implementación de AIEPI en entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios.2011. <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2013/AIEPI/Anexos/GU%C3%8DA%20OPERATIVA%20PARA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20AIEPI%20EN%20EPS%20e%20IPS.pdf>
8. CONTRERAS, Juan Bautista. Prevalencia de Embarazo en Adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008-2009. 2011. Tesis Maestría. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Programa de Maestría en Salud Pública.
9. Alejandro Gaviria, Uribe Dra. Gina Watson. Avances y retos de la lactancia materna Colombia 1970 a 2013. Un recorrido sobre 40 años de experiencias en la aplicación de políticas públicas.

10. LÓPEZ, Beatriz E.; MARTÍNEZ, Leidy J; ZAPATA, Natalia J. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2013, vol. 31, no 1, p. 117-126.

CAPÍTULO VI

Lactancia materna y factores relacionados en mujeres afrodescendientes de Cartagena-Colombia

Shyrley Díaz Cardenas¹
 Sthefanie del Carmen Perez Puello²
 Ketty del Rosario Ramos Martínez³

Resumen

Objetivo. Describir prácticas y factores relacionados con lactancia materna en mujeres afrodescendientes de Cartagena de Indias, Colombia. **Métodos.** Estudio descriptivo de corte transversal entre 2014 y 2015 en 548 madres con niños menores de 5 años pertenecientes a comunidades afrodescendientes. Se aplicó cuestionario autodilucidado, indagando variables sociodemográficas, tiempo de lactancia continua (LC) y lactancia materna exclusiva (LME) y factores relacionados con esta práctica. Se realizó estadística descriptiva y estimación del riesgo por Odds Ratio (OR). **Resultados:** La mayoría de las madres eran adultas jóvenes (89.8%), con < 10 años de estudio (55.2%). La prevalencia de LMC y LME durante los primeros 6 meses fue del 91,6% y 80,4%, respectivamente. La LMC y LME se hallaron asociadas con significancia estadística con ser madre adolescente (OR = 3,24, IC 95% = 1,80-5,8) y < 10 años de estudio (OR = 3,24; IC del 95% = 1,8-5,8). No realizar l LMC y LME resultó asociada con significancia estadística, con no haber realizado examen de pezones de la madre y no haber recibido información por parte de las instituciones de salud. **Conclusión:** La práctica de LMC y LME se asoció con ser madre adolescente y su bajo nivel de escolaridad, así como con una preparación insuficiente para iniciar esta práctica.

1. Odontóloga, Magíster en Salud Pública. Docente de la Facultad de Odontología. Universidad de Cartagena. Correo electrónico: sdiazc@unicartagena.edu.co

2. Odontóloga, Magister en Odontología. Docente Corporación Universitaria Rafael Núñez de Cartagena. Correo electrónico: sthefanie.perez@curnvirtual.edu.co

3. Odontóloga, Magíster en Salud Pública. Especialista en Odontopediatría. Docente de la Facultad de Odontología. Universidad de Cartagena. Correo electrónico: kramosml@unicartagena.edu.co

Introducción

La leche materna se ha convertido en el mejor alimento natural exclusivo durante los primeros 6 meses de vida y alimento a complementar hasta los dos años¹. Contiene nutrientes que favorecen el desarrollo sensorial y cognitivo, así como protección inmunitaria, comportándose como un alimento antiinfeccioso y antiinflamatorio que podría ayudar a disminuir la morbimortalidad durante los primeros años de vida².

Algunos estudios han relacionado la Lactancia Materna Continua (LMC) y Lactancia Materna Exclusiva (LME) con factores como edad y nivel de escolaridad de la madre, convivencia con el padre, orientación prenatal, acompañamiento posparto y problemas relacionados que podrían intervenir y generar un final temprano de la práctica^{3,4,5}. Sin embargo, a pesar de la implementación de la ley "De Cero a Siempre" en Colombia que protege los derechos de las mujeres gestantes y niños menores de 5 años, son múltiples los factores que pueden intervenir en la práctica de la lactancia materna en comunidades vulnerables. Además, a nivel nacional y local son pocos los estudios que evalúan el desarrollo de esta práctica y relacionan los factores que interfieren o ayudan al desarrollo de la misma.

Métodos

Estudio descriptivo de corte transversal realizado entre 2014-2015, en Tierra Baja, Manzanillo, Caño del Oro y Boquilla comunidades afrodescendientes de la ciudad de Cartagena, Colombia. La población universal estuvo conformada por 600 familias entre las cuatro comunidades. Para la selección de las madres fueron utilizados los siguientes criterios: ser madres de hijos menores de 2 años, firmar el consentimiento informado y aceptar participar en el estudio. Se excluyeron madres de niños que padecieran enfermedades crónicas o discapacidad que pudieran comprometer el desarrollo normal de la lactancia materna. La muestra final estuvo compuesta por 548 madres de niños menores de 2 años seleccionadas a conveniencia durante las actividades de salud bucal realizadas. El estudio se realizó teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia y la Declaración de Helsinki (modificación de Edimburgo, 2000).

Se desarrolló prueba piloto para calibración y validación del cuestionario en una población con características sociodemográficas similares a la estudiada. La recolección de datos se realizó por medio de visita domiciliaria durante una intervención de salud bucal, utilizando el cuestionario autosuministrado y autodilucidado en el cual se indagó por características sociodemográficas de la

madre: edad, escolaridad de la madre, número de hijos, convivencia con el esposo, convivencia con la abuela, servicios de salud. Se indagó por otros factores como: prácticas relacionadas con LMC, LME, información recibida durante los cursos prenatales, información recibida durante la estadía en el hospital, si la información fue suficiente, examen de pezones, capacidad para explicar a otra madre el proceso de amamantamiento, conocimiento sobre dónde ir cuando ocurrieron problemas relacionados con LMC, si encontró consejería para resolver el problema, conocimiento sobre grupos de apoyo sobre LMC^{3,4}.

Se tabularon y organizaron los datos en el programa Microsoft Office Excel 2016 ® (Microsoft Corporation, Redmond, Washintong, USA) y el programa STATA 11.2 (Stata Corp, College Station, TX, EE.UU.) realizando cálculos de estadística descriptiva (frecuencia, porcentaje, media) y estimación de asociaciones mediante Razones de Odds (OR), asumiendo intervalos de confianza 95 % y valores de p significativos $\leq 0,05$.

Resultados

Las madres presentaron edad promedio de 26,7 años (DE: $\pm 0,3$) y la mayoría eran adulto joven (89,8 %), con ≥ 10 años de estudio (55,0 %), tenían entre 1 y 2 hijos (71,5%) 78 % convivían con el esposo y 55,8 % con su madre; 86,8 presentaban servicios de salud públicos. La prevalencia de LMC fue de 91,6 % (IC 95 %: 89-94) y el 80,4% (IC 95 %: 77-83) de las madres amamantó de forma exclusiva durante mínimo 6 meses (Tabla 1).

Con respecto al apoyo recibido por parte de las instituciones de salud durante la lactancia materna, las madres manifestaron haber recibido información durante el curso psicoprofiláctico (60,2%) y posterior al parto durante su estancia en el hospital (63,2%). Sin embargo, afirmaron que la información suministrada no fue suficiente (52,3%), por tanto, no sabrían explicar a otra madre cómo son las técnicas de la lactancia materna (50,6%). Finalmente, al acudir a su sistema de salud por problemas con LM no encontraron solución para el mismo (68,7%) (Tabla 1).

Tabla 1. Prácticas relacionadas a LMC en madres de niños y niñas menores de 5 años de la comunidad de la Boquilla, Manzanillo, Tierra Baja y Caño de Oro 2014-2015

Variable	Frecuencia Porcentaje (%) (N=548)	IC 95%
Lactancia materna continua		
Si	502 (91,6)	89,3-94,0
No	46 (8,4)	5,9-10,6
Lactancia Materna exclusiva		
Si	441 (80,4)	77,0-83,7
No	107 (19,5)	16,2-22,9
Información durante curso prenatal		
Si	330 (60,2)	56,1-64,3
No	218 (39,7)	35,6-43,8
Información en el hospital		
Si	347 (63,2)	59,1-67,2
No	201 (36,7)	32,7-40,8
Recibió suficiente información		
Si	261 (47,6)	43,4-51,9
No	287 (52,3)	48,0-56,5
Sabe explicar lactancia materna		
Si	271 (49,3)	45,1-53,5
No	277 (50,6)	46,4-54,8
Sabe dónde acudir por problemas con lactancia materna		
Si	216 (39,3)	35,2-43,5
No	332 (60,6)	56,4-64,7
Encontró asesoría para solucionar el problema		
Si	171 (31,2)	27,3-35,1
No	377 (68,7)	64,8-72,6
Conoce grupos de apoyo a la lactancia materna		
Si	176 (32,1)	28,2-36,1
No	372 (67,8)	63,8-71,7

Respecto a la asociación entre la práctica de LMC y variables sociodemográficas se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre LMC y ser adolescente (OR: 2,41; IC 95 %:2-5,4p=0,02) y < 10 años de estudio de la madre (OR: 2,15, IC 95 %:1,1-4,0, p= 0,01). Al analizar la práctica de lactancia materna con factores relacionados, no dar de mamar al infante estuvo asociada con no suministrar información en

el sistema de salud (OR: 2,10; IC 95 %: 1,13-3,88, $p= 0,01$ y no recibir la información suficiente para implementar la práctica (OR: 1,91, IC 95 %: 1,0-3,64; $p= 0,04$).

A su vez, la LME durante los primeros seis meses de vida estuvo asociada con ser adolescente (OR: 3,24; IC 95 %: 1,80-5,8; $p=0,00$) y < 10 años de estudio de la madre (OR: 3,24, IC 95 %: 1,8-5,8, $p=0,00$), no revisión de los pezones de la madre OR: 1,61, IC 95 %: 1,04-2,49; $p=0,03$), no recibir información en el hospital (OR: 2,18, IC 95 %: 1,42-3,35; $p=0,00$) e insuficiencia en la información recibida (OR: 1,73; IC 95 %: 1,12-2,68; $p=0,01$).

Discusión

Este es el primer estudio realizado en población afrodescendiente Colombiana sobre la práctica de lactancia materna y factores relacionados. Teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la población estudiada, es necesario la implementación y ejecución de prácticas protectoras como la LMC para niños menores de 5 años y sus madres. En la comunidad afrodescendiente, se pudo observar que la frecuencia de la práctica de LMC y LME fue alta.

Al aumentar los años de estudio de la madre se incrementa el número de madres que lactan a sus hijos más tiempo coincidiendo con los hallazgos varios estudios^{6,7}. No obstante, otros estudios han encontrado resultados controversiales^{8,9} asociado a distintos factores, contextos culturales y diferentes roles que puede desarrollar la mujer en los estratos socioeconómicos y la sociedad en general.

La práctica de LMC puede estar asociada al acompañamiento y apoyo familiar como el esposo, madre, abuela, hermana, padre, pediatra, organizaciones y grupos de apoyo^{10,11,12,13}. En este sentido, las instituciones, grupos o personas involucradas en la transmisión de conocimientos sobre la lactancia materna, deben incentivar el soporte familiar durante la realización de esta práctica y priorizar la atención hacia las embarazadas más jóvenes, sin descuidar las de mayor edad profundizando en los temas relacionados con la técnica de extracción manual de la leche, conservación, banco de leche materna, estrategias para favorecer la LM y las mejores posiciones para lactar, entre otros¹⁴. Paralelo a este hallazgo, el ser madre adolescente se comportó como un factor de riesgo para la práctica en este estudio. En esta etapa del ciclo vital individual, las madres no poseen un conocimiento amplio acerca de la LMC y LME; igualmente poseen poca intención para lactar¹⁵, así como problemas con los pezones y en la producción de leche materna. La adolescencia es un factor de riesgo para la LMC y LME al contar con poca preparación e inmadurez fisiológica y psicológica. Además, en esta etapa el embarazo suele ser no planificado, por lo que en un futuro puede representar negligencia en los padres y mala conducta del infante¹⁶.

La deficiente información práctica sobre las técnicas de amamantamiento es un hecho encontrado frecuentemente, lo cual provoca inconvenientes a la madre y el niño durante su ejecución y el consecuente abandono anticipado de esta actividad¹⁷. Esta situación fue observada en el estudio debido a que la información ofrecida por los servicios de salud sobre LM no suele recibirse de manera adecuada o es insuficiente. Por tanto, las madres desconocen cómo resolver los inconvenientes presentados durante la práctica de LM, lo que genera resistencias en el proceso, encontrándose asociación a la no práctica adecuada. Así mismo al no recibir una información adecuada, las madres no fueron capaces de explicarle a otras gestantes cómo se realizan las técnicas de LM, factor asociado con la no realización de la práctica. El proceso de retroalimentación de la práctica de LM con otras madres corresponde a estrategias promovidas desde programas que fomentan la LM como IAMI y la estrategia AIEPI relacionadas con la salud de la primera infancia, con el propósito de aumentar la frecuencia de la LM y disminuir las tasas de morbilidad infantil^{18,19}.

Además, las madres del estudio manifestaron que, al utilizar los servicios de salud por presentar problemas relacionados con LM durante el postparto, no encontraron solución a aspectos que también se hallaron asociados a la no práctica exclusiva de la LM. En este sentido, es necesario una adecuada atención clínica de la madre durante el proceso de gestación que permita modificar los conocimientos inadecuados que se comportaran como factores riesgo para la LM. También, la educación a la madre sobre LM, orientaciones sobre la posición correcta del bebé y agarre durante la primera semana de vida podrían ayudar en la prevención de grietas del pezón y la posterior infección^{20,21}. Es necesario continuar realizando estudios que indaguen sobre factores de riesgo en comunidades vulnerables y que contribuyan a la implementación de políticas de salud pública con enfoque en la práctica de LM, alimentación infantil, hábitos alimentares y sanitarios en gestantes y niños menores de 5 años mejorando su calidad de vida y disminuyendo las tasas de mortalidad.

Conclusión

La práctica de lactancia materna en la comunidad afrodescendiente presentó asociación con baja escolaridad de la madre y ser menor de 18 años. A pesar de la alta frecuencia de LMC y LME observada en el estudio es necesario que el gobierno promueva estrategias y políticas en comunidades vulnerables que velan por una mayor implementación de LM teniendo en cuenta todos los beneficios que esta genera para las madres y niños menores de 5 años.

Referencias

1. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012; 129:e827-e41.
2. Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med*. 2009;4 Suppl. 1:S17-S30.
3. Setegn T, Gerbaba M, Belachew T. Determinants of timely initiation of breastfeeding among mothers in Goba Woreda, South East Ethiopia: A cross sectional study. *BMC Public Health*. 2011;11:217.
4. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalence of factors associated with the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life in the INMA birth cohort in Gipuzkoa. *Gac Sanit*. 2015;29: 4-9.
5. Díaz CE, López R, Herrera I, Arena D, Giraldo C, Gonzáles L. Factors associated with breastfeeding in children less than one year of age in the city of Cartagena, Colombia. *Colomb Med*. 2011;42:26-34.
6. Mogre V, Dery M, Gaa PK. Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers. *Int Breastfeed J*. 2016;11:12.
7. Onah S, Osuorah DC, Ebenebe J, Ezechukwu C, Ekwochi U, Ndukwu I. Infant feeding practices and maternal socio-demographic factors that influence practice of exclusive breastfeeding among mothers in Nnewi South-East Nigeria: a cross-sectional and analytical study. *Int Breastfeed J*. 2014;9:6.
8. Fotso JC, Ezeh A, Madise N, Ziraba A, Ogollah R. What does access to maternal care mean among the urban poor? Factors associated with use of appropriate maternal health services in the slum settlements of Nairobi, Kenya. *Matern Child Health J*. 2009;13:130-7.
9. Calnen G. Paid maternity leave and its impact on breastfeeding in the United States: an historic, economic, political, and social perspective. *Breastfeed Med*. 2007;2:34-44.
10. 17. Ingram J, Johnson D. A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK. *Midwifery*.

2004;20:367–79.

11. Machado MM, Assis KF, Oliveira FC, Ribeiro AQ, Araújo RA, Cury AF et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. *Rev Saude Publica*. 2014;48:985-94.
12. Tayebi T, Zahrani ST, Mohammadpour R. Relationship between adequacy of prenatal care utilization index and pregnancy outcomes. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18:360-66.
13. Braun MG, Giugliani EJ, Soares MM, Giugliani C, de Oliveira AP, Danelon C M. Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of Breastfeeding. *Am J Public Health*. 2003; 93: 1277–79.
14. Lamberti LM, Fischer CL, Noiman A, Victoria C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*. 2011;11, Suppl. 3: S15.
15. Boskabadi H, Ramazanzadeh M, Zakerihamidi M, Rezagholizade OF. Risk factors of breast problems in mothers and its effects on newborns. *Iran Red Crescent Med J*. 2014; 16:e8582.
16. World Health Organization (2008) Learning from large-scale community-based programmes improve breastfeeding practices. Switzerland: WHO.
17. Machado MC, Assis KF, Oliveira FC, Ribeiro AQ, Araújo RM, Cury AF et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. *Revista Saúde Pública*. 2014; 48(6):985-94.
18. Braun ML, Giugliani E, Mattos ME, Giugliani C, Proença A., Machado CM. Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of Breastfeeding. *Am J Public Health*. 2003; 93(8): 1277–1279.
19. Gera T, Shah D, Garner P, Richardson M, Sachdev H. Integrated management of childhood illness (IMCI) strategy for children under five. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 1(6): 1–61.
20. Amir LH, Forster DA, Lumley J, McLachlan H. A descriptive study of mastitis in Australian breastfeeding women: incidence and determinants. *BMC Public Health*, 2007; 25(7):62.
21. Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 15(12):CDO07366.

SECCIÓN TERCERA

Experiencias

CAPÍTULO I

Proyecto abuelas amigas de la lactancia materna en el departamento de Caldas

Olga Lucía Cháves¹.

La leche materna es un alimento necesario e irremplazable para los bebés, contiene todos los nutrientes en las cantidades apropiadas y es un fluido vivo que trae 4.000 células vivas por centímetro cúbico, es cambiante porque se adapta a las necesidades del bebé¹. Pese a que muchas mujeres y, en especial las profesionales de la salud son conscientes de sus múltiples ventajas, no es sencillo realizar el proceso del amamantamiento, ya que dicha experiencia se ve influenciada por determinantes biológicos, sociales, económicos y culturales².

Se hace necesario aumentar la práctica de la lactancia materna en el departamento de Caldas, ya que de acuerdo a la ENSIN del año 2005³ la mediana de lactancia exclusiva estaba en 2.4 meses y la total en 8 meses, y en la ENSIN 2010⁴ en 1.6 y 11.6 meses, respectivamente. La mediana de lactancia exclusiva en el departamento es de tres meses de duración, cifra que se ha mantenido en los últimos tres años, observándose cambios en los valores de los municipios⁵.

Para cumplir con el propósito, se consideró necesario involucrar a la comunidad, específicamente a las madres que habían amamantado con éxito a sus hijos porque, como expresa el experto en el tema doctor Jairo Osorno, “la lactancia materna es más emocional que fisiológica, las madres lactantes son de alta vulnerabilidad”¹. Esto hace que fácilmente, en especial las madres jóvenes^{6,7}, deserten de la práctica de la lactancia; se hace necesario disponer de un personal capacitado para brindar asesoría y acompañamiento efectivo. Se busca aumentar la práctica y duración de la lactancia en Caldas con las abuelas, una vez han recibido el proceso de formación el cual se mantiene a través del tiempo con educación continuada; la formación es realizada por los profesionales responsables en reuniones periódicas y es desarrollado como un proceso de formación a grupos de abuelas voluntarias, con el fin de lograr su participación activa, eficiente y eficaz en el acompañamiento del proceso de amamantamiento de las lactantes de su comunidad. A continuación, se describe la experiencia vivida durante 15 años:

1. Enfermera, Magister en Administración en salud. Coordinadora de la Red de seguridad alimentaria y nutricional de Caldas y del programa de nutrición de la Dirección Territorial de Salud de Caldas. Correo electrónico: olgachaves07@gmail.com

En el año 2003, dada la buena experiencia lograda con la conformación de clubes de hipertensos y la necesidad de conformar grupos de apoyo lo cual correspondía al paso diez de la estrategia IAMI para aumentar la práctica del amamantamiento, se elaboró el proyecto “abuelas amigas de la lactancia materna”, el cual surge como respuesta a lo expresado en varios grupos focales, realizados con mujeres profesionales de la salud. Nos propusimos formar abuelas para que ellas dijeran a sus hijas, familiares y comunidad lo que era conveniente, puesto que ellas terminaban haciendo lo recomendado por sus mamás⁸, por encima de sus conocimientos.

Las abuelas que se seleccionan deben cumplir con el siguiente perfil: Edad: 35 a 65 años, escolaridad mínima, primaria completa, tener hijos y nietos, haber amamantado a sus hijos con éxito, estar dispuesta a asistir al proceso de formación y participar en las reuniones periódicas, después de recibida la capacitación⁹.

Se inicia realizando un proceso de formación teórico práctico. Anteriormente, incluía muchos temas, pero se han ido concretando hacia las habilidades que se quieren desarrollar en las abuelas; tiene una duración de 16 horas, se tratan cuatro temáticas así: 1. Generalidades y beneficios de la lactancia. 2. Técnica de amamantamiento y técnica de extracción de leche. 3. Solución de problemas presentados. 4. Habilidades en consejería para lactancia^{10,11}. Es claro que las razones científicas no son las que inducen a las mamás a dar pecho sino sus sentimientos profundos¹², por ello es fundamental conocerlos y respetarlos. Es preciso generar empatía, es decir la capacidad de ponernos en los zapatos de la mamá para entender sus razones y conocer sus necesidades, para luego entregarle un conocimiento con el cual ella pueda tomar decisiones adecuadas frente su proceso de amamantamiento.

Se les hace énfasis sobre los múltiples beneficios:

“Este alimento, además de ser la mejor opción que se le puede ofrecer al bebé en su primera hora de vida, es también un factor importante que influye en el desarrollo de cualquier sociedad, principalmente porque ofrece beneficios que ningún otro alimento proporciona”¹³.

En el tema de consejería, la convivialidad es un concepto central, es un neologismo técnico que implica presencia física y espiritual, permite el intercambio, le da colorido a la comunicación y genera confianza. “La comunicación dentro de la convivialidad es proximidad amorosa que se genera y que a su vez genera un ambiente armonioso creativo y productivo”¹². Para realizar consejería en lactancia se necesitan conocimientos claros, una intención genuina de solidaridad, humildad para conectarnos desde nuestro ser, esencia humana que une nuestro corazón con el de ella, “más que tocar un seno es importante aprender a tocar el corazón de las mamás”¹.

Las abuelas tienen conocimientos y experiencias propias que facilitan el proceso de enseñanza y aprendizaje, se requiere simplemente construir en conjunto un nuevo conocimiento¹⁴, que favorezca el proceso de amamantamiento en las comunidades.

Se utiliza un enfoque pedagógico constructivista donde se valoran los sentimientos humanos y se reconoce que el facilitador tiene un conocimiento, el educando otro y de los dos surge un tercero. Las metodologías son tipo educación experiencial, talleres lúdicos con técnicas dinámicas de grupo, manejo de espacios abiertos, en donde se comparten saberes y sentimientos con relación a la lactancia para generar un aprendizaje significativo¹⁴ que logre hacer efectiva su participación en la promoción y el mantenimiento de la lactancia¹⁵.

Con el proceso de formación se busca que las abuelas logren las siguientes competencias: Convencimiento de las múltiples ventajas de la lactancia materna, ofrecen asesoría efectiva en las técnicas de amamantamiento y extracción de leche, aplican bien la técnica en consejería con las habilidades de saber escuchar y dar apoyo emocional adecuado en el proceso de amamantamiento, realizan acompañamiento directo de las lactantes de su comunidad para favorecer la práctica de lactancia materna.

En un segundo momento, las abuelas realizan visitas a las madres lactantes de su comunidad, inicialmente son acompañadas por las enfermeras de las ESE para asegurar la calidad de sus intervenciones; además, les realizan reuniones periódicas para compartir experiencias y afianzar conocimientos¹⁰.

En las Empresas Sociales del Estado (ESE), los profesionales que atienden las gestantes y lactantes disponen de las direcciones de las abuelas para que puedan pedirle ayuda a la abuela capacitada que viva más cerca de su vivienda, en el caso de que se le presenten problemas relacionados con la lactancia. Las abuelas trabajan voluntariamente sin ninguna remuneración, en algunas ESE se les da un carné para que cuando consulte se les ofrezca un trato preferencial.

Desde el departamento se realizan encuentros cada tres años, los grupos escogen su representante, allí se motivan y se les da gran importancia y reconocimiento⁹.

Hemos logrado la formación periódica de los profesionales en lactancia materna que van a generar o mantener los grupos de abuelas amigas de la lactancia, lo que permite unificar los criterios educativos entre las diferentes disciplinas que realizan educación para promover, apoyar y proteger la lactancia.

Hemos desarrollado capacidades en algunas abuelas que les permiten enseñar desde su experiencia en la solución de problemas presentados en el proceso de amamantamiento, incluso a profesionales de la salud que no han tenido la oportunidad de dar pecho.

En el censo de abuelas capacitadas realizado a finales del 2017, se encontró que se cuenta con capital social¹⁶ interesante, correspondiente a 300 abuelas, ubicadas en 16 Municipios; sus nombres y direcciones están disponibles en el observatorio social, para que las madres lactantes que las requieran las puedan ubicar, pero todavía no se ha desarrollado la cultura en la región a consultar por parte de la comunidad.

Las abuelas realizan participación activa en la celebración de la semana mundial de la lactancia materna¹⁷ de su municipio.

En el departamento de Caldas se tienen implementadas varias estrategias tendientes a intervenir la cultura, como la campaña departamental unificada “dale pecho, dale vida”. La certificación de los hogares del ICBF como amigos de la lactancia⁹, la generación de concursos diversos: cuento, poesía con escolares, y teatro, canto, poesía con los equipos del ICBF, así como los grupos de apoyo para la lactancia, dentro de los cuales una modalidad es la de abuelas amigas de la lactancia materna. En ese orden de ideas, no se puede atribuir el impacto sólo a esta propuesta, se requería adelantar una investigación específica para ello.

Pese a los múltiples esfuerzos realizados para promover la lactancia en la región, no se ha logrado aumentar la mediana de la lactancia exclusiva por encima de los 3 meses en los años 2015 a 2017 de acuerdo al sistema de vigilancia nutricional³. Esto demuestra la gran dificultad para lograr un cambio en la cultura del tetero que es muy marcada en la región.

Para lograr cambios culturales frente a la lactancia, es fundamental involucrar a la comunidad en cabeza de las abuelas porque ellas son referentes para sus hijas, son dolientes directas de los problemas que se les presenten en torno al proceso del amamantamiento de sus familiares y comunidad, además, desde su experiencia y conocimientos aportan soluciones oportunas y efectivas.

Las abuelas ofrecen apoyo y acompañamiento en el proceso de amamantamiento basado en la confianza, que les permite conocer sus necesidades e intercambiar conocimientos en la búsqueda de soluciones. La apuesta es lograr una contribución humana para la construcción de un ser humano, cuyo “derecho es superior”¹⁸.

Lecciones aprendidas

Los procesos sociales son cambiantes, dependen de las condiciones del momento, pero sobre todo del compromiso de las personas que los lideran y de las que hacen parte de estos, como lo son las abuelas.

Los profesionales de la salud y su compromiso son el eje para asegurar la continuidad de los procesos comunitarios en red, ya que con los cambios permanentes del personal de salud en la ESE municipales, algunos grupos de abuelas no continúan entre un año y otro, en cambio otros se fortalecen.

Es indispensable entender que lo más importante es lactancia como causa social, evitando satisfacer los egos personales.

Las relaciones en una red deben ser horizontales, por lo tanto, las personas que la coordinen deben poseer liderazgo positivo y alta conciencia social.



Fuente: autores

GRUPO ACTUAL RIOSUCIO



Fuente: Autores. Encuentro zona oriente

Referencias

1. Osorno J. Jornada de actualización en lactancia materna: Colombia. Manizales 22-24 de mayo de 2013. Manizales. Universidad Católica de Manizales.
2. Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatr. Clin. North Am* [Internet]. 2013;60(1):31-48.
3. Dirección Territorial de Salud de Caldas. Subdirección de Salud Pública. Sistema de vigilancia nutricional departamento de Caldas 2017 [SISVAN]. Manizales: Dirección Territorial de Salud de Caldas. Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional; 2018.
4. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar I-M de S y PS. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005. [Internet]. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2005. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resumenfi.pdf>
5. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar I-M de S y PS. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010. [Internet]. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2010. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resumenfi.pdf>
6. Forero Y, Rodríguez SM, Isaacs MA, Hernández JA. [Breastfeeding from the perspective of teenage mothers in Bogotá]. *Biomedica* [Internet]. 2013;33(4):554-63.
7. Gómez-Aristizábal LY, Díaz-Ruiz CE, Manrique-Hernández RD. [Factors associated with exclusive breastfeeding until the sixth month in teenage mothers. Medellín, 2010]. *Rev Salud Pública (Bogotá)* [Internet] junio de 2013;15(3):374-85.
8. Caicedo Martínez NS, Carrillo Pineda M, Gómez Dávila JG. Breastfeeding Education: disagreement of meanings. *Investig Educ En Enfermería*. [Internet] junio de 2016;34(2):396-404.
9. Dirección Territorial de Salud de Caldas. Grupo interdisciplinario de lactancia materna. Manual de Lactancia materna. 2009.
10. OMS, OPS, UNICEF. Consejería en la Lactancia Materna. Manual del Participante [Internet]. 1993;8-10. Available from: https://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria__en_Lactancia_Materna.pdf

11. Bonill de las Nieves Candela. The importance of communication skills in the humanization of patients' cares. *Index Enferm* [Internet]. 2008 Mar [citado 2018 Jul 30]; 17(1): 74-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100017&lng=es.
12. Osorno J. Lactancia Materna en Prematuros Extremos y Recién Nacidos Severamente Enfermos. Un Reto Ético y Técnico para la Medicina. Primera Edición. Bogotá: Universidad Sergio Arboleda; 2017. 590 p.
13. Ministerio de la Protección Social, Acción Social, UNICEF, PMA. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. Amamantar compromiso de todos. [Internet] 2013;65. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>
14. Chaves-Chaves OL. Programa PASEA. Manual del Facilitador. Dirección Territorial de Salud de Caldas; 2017.
15. Pinzón-Villate GY, Eslava-Castañeda JC. [Ways of evaluating Latin-American initiatives for promoting breastfeeding]. *Rev Salud Publica (Bogotá)*. [Internet] octubre de 2012;14(6):1026-36.
16. Durston J. ¿Qué es el capital social comunitario?. *Ser Políticas Soc* 38. 2000;44.
17. Portal de la World Alliance for Breastfeeding Action [Página principal en Internet]. WABA: Semana Mundial de la Lactancia Materna; 2018 [Acceso 30 de julio de 2018] <http://waba.org.my/about-waba/>.
18. Congreso de Colombia. Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. [Internet]. 2006. 103 p. Disponible en: [https://campusvirtual.univalle.edu.co/moodle/pluginfile.php/458095/mod_resource/content/1/Codigo de Infancia Adolescencia LEY 1098.pdf](https://campusvirtual.univalle.edu.co/moodle/pluginfile.php/458095/mod_resource/content/1/Codigo%20de%20Infancia%20Adolescencia%20LEY%201098.pdf)

CAPÍTULO II

Sistematización de experiencias exitosas en lactancia materna: construyendo soluciones

Esther Polo Payares¹
Guiomar Hernández Álvarez²
Candelaria Colon Iriarte³

El grupo de investigación Salud, Mujeres e infancia se constituyó en el año 2002. Su interés investigativo ha girado en dos grandes líneas: los aspectos de salud de las mujeres, su sexualidad y, por otro lado, los aspectos de salud en la infancia con especial interés en la nutrición infantil, la seguridad alimentaria y la lactancia materna.

Las investigaciones en esta temática se han construido a partir del interés de mejorar indicadores en salud. Es así como en el año 2.000 se realizó un diagnóstico situacional de la atención neonatal de la Unidad de Neonatos de la Clínica Maternidad Rafael Calvo, que atendía cerca de los 80% de los neonatos nacidos en la ciudad de Cartagena y zonas de influencia. Terminado el diagnóstico el grupo presenta el informe a las directivas de la Clínica, sirviendo de referente para la planeación estratégica en las mejoras no solo locativas sino de protocolos de la Unidad que además se apoyó en la gestión de las empresas privadas acciones estas bajo el liderazgo de Catalina Escobar fundadora de la Fundación Juan Felipe Gómez Escobar.

Se continúa incidiendo en la incorporación de cambios necesarios en los currículos académicos del programa de Enfermería de la Universidad de Cartagena, los cuales no solo contenían los nuevos protocolos basados en la evidencia científica¹, sino que además permitían el espacio para los egresados de la especialidad en enfermería materno Infantil con énfasis en neonatología y desde entonces esta Unidad Neonatal ha sido el escenario práctico de personal de enfermería en formación de la especialidad Cuidado Critico neonatal.

1. Enfermera especialista en Enfermería Materno Infantil, mg. en estudios de género área mujer y desarrollo. Docente universidad de Cartagena. epolop@unicartagena.edu.co

2. Enfermera Especialista en Epidemiología. mg. en Salud Pública. Docente Universidad de Cartagena. ghernandez@unicartagena.edu.co

3. Enfermera Especialista en Enfermería Materno Infantil, Mg. en estudios de Género área Mujer y desarrollo. Docente Universidad de Cartagena. ccoloni@unicartagena.edu.co

Entendimos la importancia de la alianza estratégica interinstitucional, así que nos alistamos y nos convertimos en equipo dentro del Comité Departamental de Lactancia Materna, que involucraba la academia, las instituciones de salud y las empresas; realizábamos una reunión mensual donde se preparaban actividades masivas y de participación comunitaria. Este espacio fue empoderado más tarde, desarrollando actividades en Coliseos y Estadios, ocupando un lugar en las columnas de los principales diarios de la ciudad.

Se inició la participación en eventos nacionales e internacionales con el naciente y fructífero grupo de semillero jóvenes investigadores de enfermería JOINEN. Los estudiantes de enfermería se organizan para constituir el primer semillero del programa, creando un periódico mural que luego evoluciona a números impresos de *Pensamiento Crítico*. Los jóvenes han venido participando como coautores en las investigaciones e incluso han obtenido reconocimientos^{2,3,4,5,6,7}.

La lactancia Materna pasó de ser un tema de clases y de práctica institucional o comunitaria y se acentuó como un verdadero motivo de preocupación. En el 2010 se publica un panorama epidemiológico sobre los índices de lactancia materna en una revista importante del país, revelándose una tasa de lactancia exclusiva de 2,4 meses, un poco más alta para la que entonces tuviera el país 1,8 meses. No obstante, esto requería acciones e investigaciones de efectividad en las mismas. Es así como nace la idea de organizar un trabajo colaborativo de potenciación de los esfuerzos con grupos de mujeres organizadas en el trabajo comunitario donde las beneficiarias fuesen las mujeres y la infancia.

Las madres comunitarias fueron educadas de manera no formal en la que llamaríamos la escuela de lactancia⁸, se denominó así luego de debates por lo que implicaba tal término en el contexto académico. No obstante, se determinó que el uso de este término generaría en las participantes la idea de escolarizarse en un conocimiento que sería respetado, aplicado y multiplicado. Se graduaron aproximadamente 100 mujeres en ceremonia formal y celebración. Todavía nos frecuentan, consultan y solicitan apoyo para la atención y educación de sus usuarias.

Se incorporaron en este recorrido una psicóloga, una trabajadora social, nutricionistas, pediatras, entre otros. El grupo estaba creciendo y cada uno aportaba desde su disciplina, cada una expresaba lo que le sumaba a su ejercicio profesional esta experiencia. Se abrió el espacio de las consultorías en el centro de atención primaria para asistir a las mujeres que requerían apoyo en las dificultades para lactar. Comprometida con tal causa la enfermera Rossana López semanalmente atiende, remite y gestiona lo que cada madre lactante requiere. Las acciones organizadas y conjuntas ya daban nombre al grupo, quien paso a ser consultor para distintas necesidades en relación a la lactancia.

Se adelantaron esfuerzos investigativos con estudiantes para trabajos de grado, de esta manera, se evaluó el cumplimiento de los pasos de la Estrategia IAMI, los factores relacionados con lactancia materna, la escala de técnicas de lactancia materna, entre otros muchos que están disponibles en el repositorio de la Universidad de Cartagena.

Este recorrido investigativo mereció la participación y contratación del Departamento de Bolívar en investigaciones de campos, para conocer en 15 municipios priorizados la incidencia, factores sociales y culturales vinculados con la lactancia materna. El resultado fue un documento amplio que además pone de manifiesto las bajas incidencias de lactancia materna exclusiva en estos municipios, las prácticas, creencias, mitos en torno a la lactancia y las fallas del personal sanitario en la educación y adherencia que hacen de la práctica las madres lactantes y el papel de las abuelas en el abandono o mantenimiento de la lactancia.

Aparece una nueva oportunidad de indagar y explorar qué pasaría si se intervinieran interdisciplinariamente a las madres lactantes con un programa organizado, secuencial, que va de la mano con la valoración nutricional del lactante y de aspectos de vínculo y enganche. Ahora bien, como es una investigación de control que pretende hacer de este pilotaje investigativo una estrategia que pueda ser replicada en otras instituciones del país, entonces tuvo que ser pareada con controles, unas madres lactantes con condiciones parecidas a las que también se les evalúa la adherencia, prácticas y el estado nutricional de sus bebés. Esta idea fue hecha realidad gracias al premio otorgado por La Fundación Kellogg que financia este proyecto a dos años en el Banco de Leche Materna de la Maternidad Rafael Calvo y que se ha hecho aliado del grupo en su labor misional⁹.

El 4 de enero de 2017 el Congreso de la República de Colombia aprueba la ley 1823, la cual tiene como fin garantizar la lactancia materna en las instituciones laborales, donde deberá adecuarse un espacio digno, con mínima dotación, bajo normas de seguridad, parámetros técnicos y de higiene, bajo la supervisión del Ministerio de Salud y Protección Social, para que las mujeres lactantes durante la jornada laboral puedan realizar la extracción y conservación de la leche materna y luego transportarla hasta sus hogares para asegurar la nutrición de su bebé, durante su ausencia temporal¹⁰.

Esta ley es acogida por la Universidad de Cartagena, motivo por el que las directivas solicitan al grupo de investigación salud mujeres e infancia la capacitación a un equipo interdisciplinario de la vicerrectoría de Bienestar universitario, para que se encarguen de la adecuación de las dos salas amigas de la lactancia materna al interior de la Universidad. Hasta el momento el Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena DADIS, ha realizado dos visitas técnicas, acogiendo las recomendaciones emanadas por ellos para la puesta en marcha de este proyecto y cumplimiento de la ley.

Se han diseñado y enviado proyectos a Colciencias, para explorar en lactancia materna componentes, entre otras no han obtenido financiación. Sin embargo, se continúa intentando, pues se quiere posicionar el interés de la investigación en lactancia como elemento importante para el desarrollo infantil, invocado en las estrategias estatales de nutrición en los primeros mil días. Pero no todo estuvo perdido con Colciencias, pues obtuvimos la aprobación de financiación para las dos primeras jóvenes investigadoras en la facultad de enfermería y con ellas se continuó la profundización de las investigaciones.

Gracias a las publicaciones que eran consultadas, se recibieron varias solicitudes de pasantes internacionales, dando la oportunidad a un Estadounidense Doctorando en salud Mundial, quien aprovecho para fortalecer el conocimiento en salud de la región, además de conocer varias poblaciones, su cultura en el cuidado de la salud y las prácticas de lactancia materna. Todavía hoy se mantiene contacto y cooperación con Joseph P. Romboug.

En los esfuerzos por mantener el ejercicio investigativo pero conscientes que no solo es conocer y demostrar una realidad, sino encontrar formas para intervenir eficazmente, se inicia una nueva etapa para el grupo llena de retos que pasan por las discusiones internas, los encuentros y desencuentros, los acuerdos. Es así como nacen tres nuevas y grandes metas que requerirán de más tiempos, inversión financiera y por su puesto mantener viva la motivación.

Fue en la XXV Reunión Bienal de la asociación latinoamericana de Reproducción humana donde se dan cita los investigadores en temas de reproducción. Ahí se hicieron contactos con investigadoras internacionales en lactancia Materna, una de Perú, otra de Panamá en una conversación cálida en donde se compartieron las realidades de nuestros países en torno a la lactancia. De allí nació la primera meta, crear un espacio donde investigadores pueda hablar sobre la práctica de la lactancia materna de sus países. La despedida fue con el compromiso de ampliar esta iniciativa. Se aprovechó de las redes sociales y se creó un grupo de WhatsApp denominado lactancia multicéntrico, que creció como la bola de nieve a nuevos participantes. Se propuso hacer el I ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGADORES EN LACTANCIA MATERNA¹¹. Era difícil tarea, pero teníamos la sinergia de otro grupo de investigación SYPRES de la Universidad San Buenaventura, con quienes hemos compartido este interés y otros logros, y como siempre obtuvimos afirmación positiva, siendo incondicional su apoyo durante todo el proceso de organización y puesta en marcha de un evento de semejante envergadura.

Se desarrollaron encuentros por whatsapp, Skype, cerca de 8 países estuvieron interesados, cada investigador en su institución logró incluirse en la agenda, la aprobación del uso de logos y el ostentar ser organizador, Colombia, Perú, Panamá, El Salvador, España, México, Estados Unidos, Brasil.

Se desarrolló el evento del 15 al 18 de agosto del 2018, participaron varias universidades del país, y tuvo algo que por convencimiento y principio ha sostenido el grupo, las usuarias y la comunidad, así que se abrió un espacio para ellos contando con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, y la Secretaria Departamental de Salud de Bolívar, que aprovechó el espacio para celebrar el III Foro Departamental en lactancia materna ^{12,13,14}.

Fue un escenario de aprendizaje desde su organización... y su final, cuando aparece la segunda meta: formar una RED, ya se habían iniciado unos trazos, no podríamos avanzar y no tendría sentido si los investigadores invitados no estuvieran de acuerdo, pues se trata de tejer esfuerzos, alianzas estratégicas para vincularnos mutuamente donde la lactancia materna sea el centro y esta será la primera red en el mundo que la tiene como fin único.

Todos los presentes... aportaron en la primera línea que debían quedar claras, el nombre que nos daría identidad, que seríamos, cuál sería el ámbito de acción y hacia dónde nos proyectamos. Fueron excelentes los aportes, contamos además con los acertados aportes de la Secretaria de ALADEFE, que agremia las escuelas y facultades de enfermería de Latinoamérica, quien le había dado vida a varias redes y desde su experiencia daba las claves que harían de esta meta un éxito. Todas y todos refrendaron con sus nombres y filiaciones lo que se denominó la primera reunión y en la que se levantó un acta oficial que nos permitirá seguir construyendo y dando los pasos necesarios para su refrendación institucional y legal.

Todavía cruzando, tejiendo y uniendo en la Red, cuando se empieza a cristalizar la tercera Meta. Escribir un libro que sea de amplio alcance y un medio eficaz de difusión de las mejores experiencias investigativas que fueron expuestas en el evento internacional, los panoramas y las apuestas y saberes socioculturales como una evidencia a quienes habrán de continuar.

Las docentes del grupo de investigación SYPRES de la Universidad San Buenaventura liderarán esta nueva empresa con docentes del grupo de investigación Salud Mujeres e Infancia de la Universidad de Cartagena, empezó la tarea del contacto con los investigadores, para que aportaran sus documentos, la revisión de las normas editoriales, la pertinencia, la evaluación de pares internacionales, el sometimiento al Consejo Editorial de esta prestigiosa Universidad, y toda la labor acuciosa de la edición de un libro. La tarea continúa.

Referencias

1. Aguilar Arroyo, C; Cifuentes Salina, L; Hernández Barrios, N; Mercado Mercado, L; López Sáleme, R; Diaz Montes, C. Estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia (IAMI) en Instituciones de salud de Cartagena 2011 [Internet] Cartagena: Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería. Departamento de Investigación, 2012. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/3078>
2. López Sáleme, R; Diaz Montes, C; Bravo Aljuriz, L; Camargo Marín, C; Londoño Hio, N; Osorio Espitia, E; Salgado Pájaro, M. Seguridad alimentaria y estado nutricional de las mujeres embarazadas del área urbana de la ciudad de Cartagena 2011. [Internet] Cartagena: Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería, 2011. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/3148>
3. López Sáleme, R; Diaz Montes, C; Arenas Zuñiga, D; Chacón Castellar, C; García Salas, Y; Girado Rosenstand, C; Gonzales Prest, L; Herrera Correa, I. Factores asociados a la lactancia materna en Cartagena. [Internet]. Cartagena: Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería, 2008. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/3199>
4. Cogollo Milanés, Z; López Sáleme, R; Luna Falco, G. Crecimiento y desarrollo de los pretérminos de una fundación en Cartagena, Colombia. [Internet]. Cartagena: Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería, 2007. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/3266>
5. Polo Payares, E; Castro Severiche, J; Guerrero Benítez, C; Herrera Corpas, K; Martínez Osorio, K; Mejía Suárez, F; Pérez Chamorro, K. Prácticas de cuidado de la gestante consigo misma y con el hijo por nacer. En los estratos 1 al 3 de la ciudad de Cartagena. [Internet]. Cartagena: Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería, 2009. Disponible en: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/3156>
6. Cohen Villalba M; García Ricardo, M; Palencia Pérez, D; López Sáleme, R. Conocimiento sobre lactancia materna en gestoras educativas madres fami de una fundación en Cartagena. [Internet]. Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería, 2016. Disponible en <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3761/1/Informe%20final.pdf>

7. Escuela de lactancia materna disponible en https://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/EnProdCurso/query.do?cod_producto=52&cod_rh=0000484610
8. DINERO. “Kellogg entregó un apoyo a proyectos de investigación en nutrición en el país”. Dinero. 2016 nov 25. [Internet]. Disponible en <https://www.dinero.com/empresas/confidencias-on-line/articulo/kelloggs-entrego-un-apoyo-a-proyectos-de-investigacion-en-nutricion-en-el-pais/239426>
9. Congreso de Colombia. Ley 1822 del 4 de Enero 2017 “Por medio de la cual se incentiva la adecuada atención y cuidado de la primera infancia, se modifican los artículos 236 y 239 del código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones”. [Internet]. Disponible en <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201822%20DEL%204%20DE%20ENERO%20DE%202017.pdf>
10. Universidad de Cartagena. Encuentro Internacional de investigadores en Lactancia Materna. [Internet]. Disponible en <https://unicartagena.edu.co/.../i-encuentro-internacional-de-investigadores-en-lactancia...>
11. Inició foro internacional de expertos en lactancia materna en Cartagena. Caracol Cartagena. 2018 may 15. [Internet]. Disponible en http://caracol.com.co/emisora/2018/08/15/cartagena/1534346289_830506.html
12. En Cartagena celebran el mes de la lactancia materna. El Universal. 2018 ago [Internet]. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.co/salud/en-cartagena-celebran-el-mes-de-la-lactancia-materna-285013>
13. En Cartagena celebran el mes de la lactancia materna. El Universal. 2018 ago [Internet]. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.co/salud/en-cartagena-celebran-el-mes-de-la-lactancia-materna-285013>
14. Se inicia encuentro internacional de expertos en lactancia materna en la universidad de Cartagena. Mundo noticias. 2018 may. Disponible en: <http://mundonoticias.com.co/cartagena/en-la-universidad-de-cartagena-se-inicia-encuentro-internacional-de-expertos-en-lactancia-materna/>

CAPÍTULO III

Experiencias exitosas para la promoción de lactancia materna en el Perú

Alama Monje Esther Eulalia¹.

La promoción de la lactancia materna es una estrategia que debe ser apoyada e implementada y con un presupuesto suficiente para contribuir a la prevalencia de la lactancia materna en todos los estratos y niveles sociales. Para ello, la Iniciativa Hospital Amigo de la madre y el niño debe abarcar a todos los establecimientos que atienden partos de nivel (I-4) fomentando el contacto piel a piel y priorizando la capacitación a todos los operadores de la salud.

El trabajo de los consejeros en lactancia materna se va evidenciando en la capacitación del personal de salud, implementación de lactarios Institucionales y en la conformación de grupos de apoyo como elementos importantes para la certificación de establecimientos amigos de la Madre y el niño (a).

La promoción de la lactancia materna en el Perú se adopta formalmente por el Ministerio de Salud a través de la RM N°0103-93-SA/DM para facilitar y fortalecer la movilización social a favor de la lactancia materna. De esta manera, la Iniciativa Hospital Amigo de la madre y el niño (IHAN) que inicia el Perú en el año 1992 comienza a dar sus frutos a partir del año 1994 dando como resultado 90 hospitales acreditados entre los años 1994 – 1997¹. En el año 1998 se instala La Red Peruana de lactancia materna como una organización sin fines de lucro que tiene como integrantes a personas e instituciones dispuestas a intercambiar propuestas y movilizar recursos con el fin de contribuir con el aumento de la práctica de la lactancia materna.

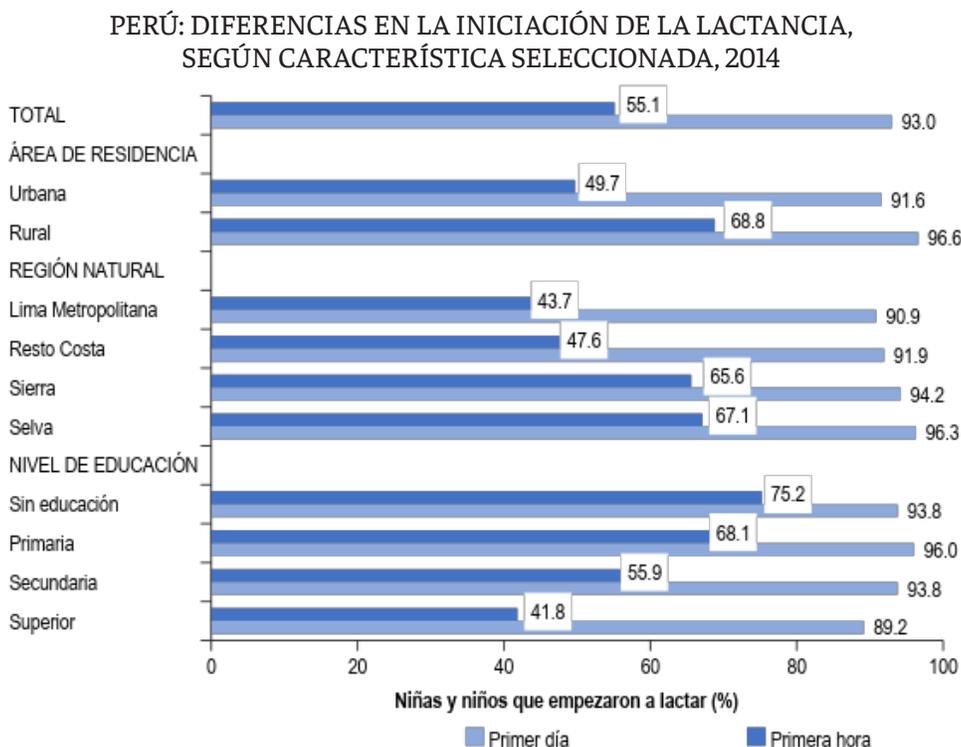
Los resultados de estas intervenciones muestran al Perú como el país con mejor tasa de prevalencia de lactancia materna en América Latina ya que aumentó de menos del 20% en 1992 a algo más del 57% en el año 2000², debido en gran parte a la capacitación de facilitadores a nivel nacional y la propuesta de IHAN. Por otro lado, en el año 2008, por D.S. N°018-2008-SA, se constituye la comisión de promoción y protección de la lactancia materna, de carácter permanente y adscrita al Ministerio de Salud, encargada de participar en el cumplimiento de las políticas de protección de la lactancia materna.

1. Obstetra Investigadora del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia y Enfermería. Especialista en Atención Primaria del Ministerio de Salud. Correo electrónico: ealamam@usmp.pe

Así mismo, en el año 2012 se aprueba con el D.S. N°001-2012-MIMP el Plan Nacional para la Infancia y la Adolescencia el cual plantea que las niñas, niños y madres gestantes accedan a condiciones saludables y seguras de atención durante la gestación, parto y período neonatal, con respeto de su cultura, priorizando las zonas rurales y comunidades nativas, el indicador de lactancia materna es el porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos. A pesar de ello, a partir del mismo año se va mostrando una tendencia a la disminución de la prevalencia ya que, cuando se analizan los datos en la iniciación de la lactancia entre la primera hora y primer día de lactancia, se encuentra en los resultados de la Encuesta demográfica y de Salud Familiar 2014 (Gráfico N°01) que el 55.1% de recién nacidos lactaron a la primera hora de nacido a diferencia de los resultados de ENDES 2016 en donde se muestra la disminución en 50.5 %.

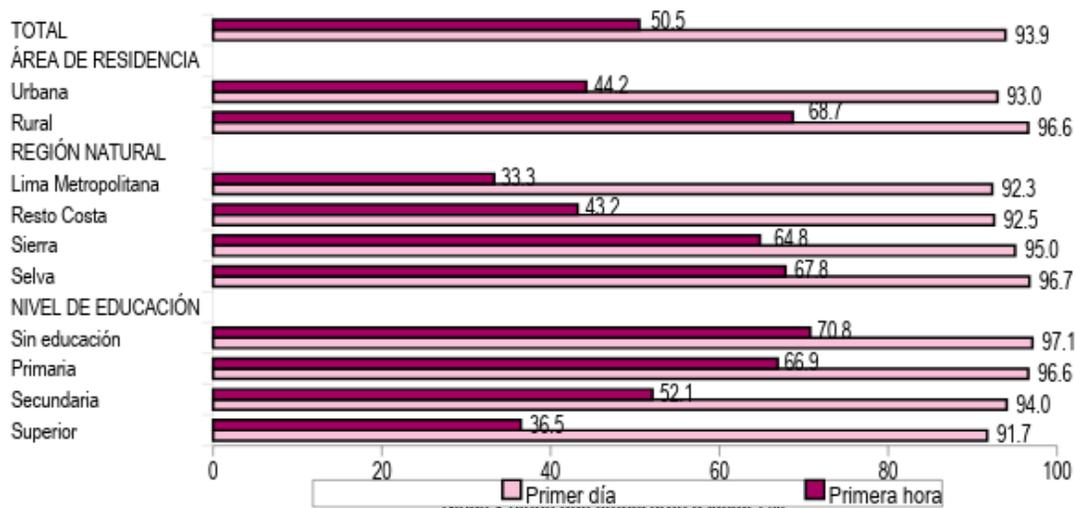
Se puede observar, además, que el área urbana es en donde se evidencia la disminución, principalmente en Lima Metropolitana, de 43.7% en el año 2014 al 33.3% en el año 2016 (Gráfico N°02). Con respecto al Nivel de Instrucción de las madres que dan de lactar, es más evidente que la prevalencia en las mujeres con instrucción superior ha disminuido el porcentaje de recién nacidos que lactan a la primera hora de 41.8% en el año 2014 al 36.5% en el 2016 con respecto al resto de la población.

GRÁFICO N° 01



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI.
Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

GRÁFICO N° 02PERÚ: DIFERENCIAS EN LA INICIACIÓN DE LA LACTANCIA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2016



Se advierte entonces que los hospitales no han continuado con el proceso de gestión para la recertificación y se muestra esta disminución en la evaluación que realizó la Organización Panamericana de la Salud en el año 2014³.

Se describen las experiencias exitosas en Promoción de la lactancia materna en el Perú y las metas a mediano y largo plazo que se han podido obtener. Se realizaron las búsquedas electrónicas por cada uno de las intervenciones predefinidas. Dado que se detectaron palabras clave relevantes adicionales durante cualquiera de las búsquedas electrónicas o búsquedas manuales, se modificaron las estrategias de búsqueda electrónica para incorporar estos nuevos términos y se documentaron los cambios.

En el año 2014 se aprueba la DA 201-MINSA-DGSP-V.01- Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el niño(a), y en el año 2016 se agregan los procesos de evaluación interna y externa. De tal forma que no solo se realizará la evaluación, autoevaluación y certificación de los hospitales generales sino también de todos los establecimientos I-4 que atienden partos las 24 horas.

Como un ejemplo de ello se muestran los resultados en el Centro materno-infantil Miguel Grau de la DIRIS (Dirección de Redes Integradas de Salud) Lima Este en donde a través de la formación de Consejeros en lactancia materna, implementación de lactario Institucional y conformación de grupos de apoyo comunal están avanzando hacia la acreditación de establecimiento Amigo de la Madre y el Niño(a).



Consejera Obstetra IBCLC Liliana Ruiz Chang y Equipo de facilitadoras en lactancia materna CMI Miguel Grau. Chaclacayo. Lima. Perú

Contacto Piel a Piel

El apego precoz y el contacto piel a piel contribuye al adecuado desarrollo y crecimiento infantil; a la vez, repercute en la salud materna⁴ y su desempeño eficaz se encuentra enmarcadas en las Normas técnicas de Estándares de Calidad para hospitales e Institutos especializados del Ministerio de Salud del Perú⁵.

El Instituto Nacional Materno Perinatal, en el año 2014, obtuvo el primer puesto entre los institutos especializados del XI Encuentro Nacional de Experiencias en Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud organizado por el Ministerio de Salud, con el proyecto “Implementación del Parto Humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP).”



Fuente: Obsta. Mishu Reyes – Hospital General de Tacna

Grupos de apoyo

A través de la RM N° 260-2014/MINSA se aprueba la Guía técnica de implementación de grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa estableciendo las disposiciones técnico – normativas para que el personal de salud fomente la implementación de grupos de apoyo comunal que promuevan y protejan la lactancia materna exitosa.

Son estos espacios de aprendizaje conformados por las madres gestantes, mujeres que dan de lactar, madres de niños menores de 2 años y/o cuidadores que participan en sesiones de ayuda mutua.

El aprendizaje a través de pares les da oportunidad a las madres para que disminuyan sus temores, identifiquen los principales problemas y puedan resolver sus conflictos que en gran parte no son problemas médicos.

Lactarios Institucionales

Es fundamental que, para el éxito en la continuidad de la lactancia materna, la mujer reciba el apoyo su centro laboral y en tal sentido la implementación del lactario es una política de estado y se encuentra respaldado legalmente con la Ley N° 29896. En ese sentido, en el año 2015 se identificaron 781 lactarios implementados, de los cuales 316 forman parte de 188 entidades públicas y 465 se encuentran implementados en 230 entidades privadas, cifras que representan un incremento del 15% en comparación de los lactarios implementados en el año 2014⁶.

El presupuesto para el desarrollo de las estrategias de promoción de la lactancia materna debe fortalecerse a través del DS 068- 2018 el Plan Multisectorial de lucha contra la anemia que se constituye en un documento de gestión orientado al logro de resultados prioritarios a través de la intervención articulada de los diversos sectores y niveles de gobierno involucrados en la lucha contra la anemia infantil^{7,8}. Es importante mantener las metas emblemáticas para la promoción de la lactancia materna en todos los niveles:

- Aumentar la lactancia materna exclusiva durante la primera hora de nacido del niño (a).
- Lograr el incremento de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- Mejorar los niveles de duración de la lactancia materna en niños (as) menores de 3 años a 24 meses.
- Reducir el consumo de fórmulas infantiles o sucedáneas de la leche materna.
- Disminuir el uso del biberón, pues facilita el consumo de fórmulas infantiles y/o sucedáneas de la leche materna.

Referencias

1. Alama, E; Carhuapoma Y. Lactancia Materna: Historia y Conceptos Básicos. Fondo Editorial USMP. Perú .2016
2. Guías Nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. MINSA. 2004
3. Organización Panamericana de la Salud. La Iniciativa hospital amigos de la madre y el niño en América latina y El Caribe: Estado actual, retos y oportunidades. Washington D.C.2016
4. The Pan American Health Organization. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Washington, D.C. PAHO, 2002.
5. Ministerio de Salud. Normas técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados. Dirección General de Salud de las Personas. Lima, Perú. 2013. Pp. 68
6. Comisión Multisectorial de Lactarios. Informe Anual de Lactarios 2015.Lima-Perú. 2016
7. Directiva administrativa para la certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño: Directiva administrativa N° 201-MINSA/DGSP V.01. (R.M. N° 609-2014/MINSA) / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral de Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2014.
8. PERÚ. MINISTERIO DE SALUD-PROYECTO 2012. Salvarse con bien. El parto de la vida en los andes y la Amazonía del Perú. (Técnicas Tradicionales de la atención del parto y del recién nacido) Lima. Hecho en depósito legal:15010599-3365, disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1299_P-2000365.pdf

CAPÍTULO IV

Programa de educación desde un abordaje Interdisciplinario sobre lactancia materna en una Fundación de Cartagena

Regina Domínguez Anaya¹
Jacqueline Hernández Escolar²
Sandra Mondragón Bohórquez³
Eliana Meza Montalvo⁴

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública y una de las principales causas que perpetúa la pobreza en el mundo, sobre todo en los países con ingresos medios y bajos¹.

En el mundo, 16 millones de embarazos se presentan anualmente entre la población más joven. En las adolescentes, resulta ser un problema serio para nuestra sociedad, dado que la mayor parte de esta población, no tienen experiencia sobre cómo enfrentarlo, además de representar un riesgo de muerte cuando el embarazo se genera a una corta edad².

Alrededor de 20.000 niñas y adolescentes dan a luz todos los días en el mundo. En Colombia, según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), nacen alrededor de 160.000 niñas y niños de madres adolescentes cada año³.

Un estudio reciente realizado por la Organización de Naciones Unidas en nuestro país, prendió las alarmas, pues este reportó que Colombia es el tercer país de la región (después de Venezuela y Ecuador) con el mayor índice de adolescentes gestantes, registrando datos de 150 mil embarazos en niñas con edades entre los 10 y los 19 años, durante el último año⁴.

1. Fisioterapeuta, especialista en epidemiología. Docente del programa de fisioterapia de la Universidad de San Buenaventura Cartagena. Correo electrónico: rdominguez@usbctg.edu.co
2. Bacterióloga, Magister en salud pública. Docente del programa de bacteriología de la Universidad de San Buenaventura Cartagena. jhernandez@usbctg.edu.co
3. Fonoaudiología, Magister en trastornos del lenguaje y del habla. Docente del programa de fonoaudiología de la Universidad de San Buenaventura Cartagena. Correo electrónico: smondragon@usbctg.edu.co
4. Bacterióloga, especialista en epidemiología. Docente del programa de bacteriología de la Universidad de San Buenaventura Cartagena. Correo electrónico: emeza@usbctg.edu.co

En Cartagena de Indias, solo en el año 2016, según estadísticas del Departamento administrativo distrital de salud, 3.261 niñas y adolescentes entre los 10 y 19 años, residentes en la ciudad de Cartagena, se convirtieron en madres⁵.

Por tanto, se hace necesario trabajar desde los escenarios educativos y ampliar los esfuerzos, para ayudar a mitigar el problema de los embarazos en adolescentes y fomentar una planeación familiar adecuada.

Otra estrategia importante es a través de la investigación, la cual permiten tomar acciones de manera informada. Por ello, es utilizada por la facultad de Ciencias de la salud, de la Universidad de San Buenaventura Cartagena, para el diseño e implementación de acciones, teniendo como escenario los espacios académicos establecidos a nivel curricular para el desarrollo de las prácticas formativas.

Por ello, teniendo como escenario de prácticas formativas una fundación de madres adolescentes, que trabaja por el desarrollo integral de madres e hijos en condición de pobreza extrema, se gesta el desarrollo de un convenio con la Fundación Juan Felipe Gómez Escobar. Inicialmente arranca la labor el programa de fisioterapia en la sede de Maternidad Rafael Calvo, atendiendo a una población de 50 madres adolescentes. Posteriormente en el año 2011, se inaugura una sede que permite ampliar la cobertura, alcanzando a beneficiar anualmente a 600 madres adolescentes y un número igual de niños menores de 5 años, dando así la oportunidad de vincular a los programas de Fonoaudiología y Bacteriología, como parte de la atención integral que brinda la fundación.

Allí los tres programas realizan un abordaje interdisciplinario, el cual está orientado al fortalecimiento de los conocimientos, actitudes y buenas prácticas de lactancia materna en la población de gestantes y madres adolescentes.

Es por ello, que el programa de fonoaudiología aporta al trabajo interdisciplinario desde el abordaje de la lactancia materna y la deglución en la población de madres adolescentes y niños menores de 5 años. Se trabaja con el proceso de deglución en población con y sin alteraciones de la misma, exaltando la necesidad de entregar a las madres, herramientas y estrategias que les permitan desarrollar una lactancia satisfactoria y segura; de igual manera, hace énfasis en la prevención de hábitos orales inadecuados y educa frente a los hitos del desarrollo de la alimentación y la maduración de reflejos oro faciales.

Fisioterapia por su parte, trabaja los conocimientos y prácticas relacionadas con la lactancia materna exclusiva, el papel de los reflejos en el acto del amamantamiento, además del educar a la embarazada y a la materna sobre el adecuado posicionamiento al momento de lactar. De igual manera, educa sobre el papel de las hormonas en el proceso de producción y salida de la leche materna.

El programa de Bacteriología, trabaja en el fortalecimiento de la lactancia materna exclusiva en las madres lactantes, al igual que educa sobre las complicaciones relacionadas con la introducción de alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad. Se trabaja de manera muy especial en la educación de la madre sobre la importancia de la leche materna en el fortalecimiento del sistema inmunológico del recién nacido y en el desarrollo de buenos hábitos de alimentación para fortalecer el sistema gastrointestinal en el niño.

Como facultad de Ciencias de la Salud, fue un desafío para los programas de Fisioterapia, Bacteriología y Fonoaudiología, incursionar en los temas de educación para promocionar la salud, pues la formación de estas disciplinas estaba más orientada al ámbito clínico. Como fruto de la reflexión al interior de la facultad de salud, se crea entonces la necesidad de articular la formación del recurso humano a las acciones colectivas en pro de impactar sobre la morbimortalidad en menores de 5 años de la ciudad de Cartagena. Por ello, al tener la posibilidad de contar con la fundación como escenario de práctica, se decide orientar las acciones al fortalecimiento del desarrollo nutricional, cognitivo, lingüístico y motor de los niños adscritos a la fundación.

Teniendo ya este escenario, se diseña un programa educativo donde las madres primigestantes, son intervenidas. Se parte de la realización de un diagnóstico inicial, para conocer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna. Basados en los resultados obtenidos, se inicia un proyecto de implementación de la estrategia de AIEPI comunitario, con el propósito de generar capacidades en las madres de la fundación, haciendo especial énfasis en la práctica de lactancia materna exclusiva.

La promoción y aplicación de estas prácticas son entonces el eje principal de trabajo del componente comunitario de AIEPI y su objetivo final es lograr que las familias y la comunidad las incorporen en la crianza de los niños y en el cuidado de la mujer gestante⁶.

Esta experiencia de trabajo interdisciplinario alrededor del fortalecimiento de la lactancia materna exclusiva en la fundación, ha permitido:

- El desarrollo de investigación aplicada, para dar soluciones concretas a los problemas de una comunidad, fortaleciendo la capacidad de los grupos y de los investigadores.
- En docencia, se ha fomentado el trabajo interdisciplinario y la educación interprofesional a través del desarrollo de encuentros que favorecen la construcción de saberes y permiten al estudiante el desarrollo de los mismos, mediante el abordaje de ejes temáticos comunes, para propiciar una mirada integral de la situación de salud de las madres y niños atendidos en la

fundación; logrando así, darle un manejo interdisciplinario a los problemas de salud encontrados en la población de la fundación.

- Aportar a la solución de las necesidades específicas de la comunidad de adolescentes embarazadas en condición de vulnerabilidad de la ciudad de Cartagena.
- Desarrollar herramientas educativas (Cartilla de lactancia materna), para llevar a cabo un buen proceso de enseñanza a las madres en el aula de clase, además de proveerlas de una herramienta de consulta cuando se enfrente a dudas y problemas durante su etapa de lactancia materna.
- Esta intervención, ha logrado impactar sobre las condiciones de salud de los niños menores de cinco años y ha reducido la carga de enfermedad en la población infantil que se beneficia de la fundación.

Podemos concluir, que esta experiencia aprendida de trabajo interdisciplinario, ha permitido impactar otros escenarios tales como Fundación Granitos de Paz, Madres FAMI del ICBF en Pasacaballo y población materna en el entorno laboral.

Referencias

1. Embarazo temprano: factor de violencia y explotación laboral. [Consultado 14 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.revistaenfoque.com.co/salud/embarazo-temprano-factor-de-violencia-y-explotacion-laboral>.
2. El embarazo en la adolescencia. Organización Mundial de la Salud. [Consultado 12 Oct 2018]. Disponible en : <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
3. Informe de seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Departamento Nacional de Planeación. DNP. [Consultado 9 Oct 2018]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/InformeODM_2013%20DNP.pdf
4. El embarazo en adolescentes. Boletín Informativo. Organización Panamericana de la Salud. OPS [Consultado 12 Sep 2018] Disponible en: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=714-boletin-informativo-embarazo-en-adolescentes&Itemid=235
5. Notas de prensa. [Consultado 8 de Sep 2018] Disponible en: <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/2016-dejo-3261-madres-adolescentes-en-cartagena-248378>
6. Ministerio de Protección Social. Monitoreo y seguimiento de las acciones de AIEPI comunitario con actores sociales. [Consultado 11 Sep 2018] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/monitoreo-seguimiento-aiepi.pdf>

