RAZONES QUE INFLUYEN EN LA DISMINUCIÓN DE LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES CON HIJOS ENTRE 6 Y 12 MESES

IVONNE MARITZA DIAZ LEMUS

TRABAJO DE GRADO
Presentado como requisito parcial para optar al título de

NUTRICIONISTA DIETISTA

DIRECTORA:
LUISA FERNANDA TOBAR V. ND. MSc.

CODIRECTORA:
GILMA AURORA OLAYA ND. MSc. PhD.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE CIENCIAS

CARRERA DE NUTRICION Y DIETETICA

BOGOTA DC. DICIEMBRE 03 DE 2013

Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

RAZONES QUE INFLUYEN EN LA DISMINUCIÓN DE LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES CON HIJOS ENTRE 6 Y 12 MESES

IVONNE MARITZA DIAZ LEMUS

APROBADO

_____	_____
Ingrid Schuler	Martha Lievano
Bióloga, PhD.	Nutricionista Dietista, MSc.
Decano Académico	Directora de Carrera

***A mi honorable familia, mis padres y mi hermano, por su apoyo incondicional, su paciencia, sacrificios y esfuerzo para hacer de esta meta personal una realidad. Sin ustedes no habría sido posible alcanzar este gran logro, el cual comparto con ustedes y espero que me propicie el éxito suficiente para retribuirles de alguna manera todo su amor*.**

Resumen

El objetivo principal era identificar las razones que influyen en la disminución de la duración de la lactancia materna exclusiva (LME) en mujeres con hijos entre 6 y 12 meses. Fue un estudio cualitativo, con 21 madres, primíparas (10/21) y multíparas (11/21) de 2 instituciones públicas y 1 privada que atienden niños de la localidad de Engativá en Bogotá DC, de estratos 1, 2 y 3. Se entrevistó individualmente y se analizó la información según categorías previamente establecidas. Posteriormente se realizó un grupo focal con madres para profundizar en temas como la capacitación en lactancia materna (LM) y técnica de amamantamiento.

Se identificó que solo una madre practicó la LME durante 6 meses. La alimentación de 20 lactantes (95%) se basó en leche materna, agua e infusiones y formulas infantiles, que fueron introducidas como primer alimento en los hospitales donde nacieron los niños en la mayoría de los casos (14/21). Las madres que tuvieron parto naturaliniciaron LM dentro de la primera hora posparto, mientras que las mujeres que tuvieron cesáreatardaron más en iniciar la LM. 9 madres tuvieron problemas de pezón como consecuencia de una mala técnica de amamantamiento aunque conocían la teoría. En conclusión en este grupo a excepción de 1 madre, 20 no practicaron LME durante seis meses, las madres desconocieron el concepto LME, el personal de salud y familiares como abuela materna fueron quienes más recomendaron la introducción de alimentos diferentes a la leche materna, desestimulando la práctica de la LME.

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud OMS, y otros organismos internacionales, han destacado las bondades de la práctica de la lactancia materna (LM) para la madre y el niño. La evidencia indica que la leche materna protege contra infecciones respiratorias y gastrointestinales, así como favorece el desarrollo físico y cognitivo.

La lactancia Materna Exclusiva ha sido definida como el tipo de alimentación en donde el niño desde los cero a los 6 meses solo basa su ingesta en leche materna, sin ningún otro alimento semi sólido o líquido, incluyendo el agua. Sin embargo, en Colombia para el año 2010 el promedio de duración de LME disminuyó a 1.8 meses con respecto al año 2005 donde se alcanzó un promedio de 2.2 meses, esto según datos de la más reciente encuesta de la situación nutricional en Colombia ENSIN 2010.

En consideración a lo anterior, el propósito de esta investigación, es identificar a través de un estudio cualitativo las razones que influyen en la duración de la LME en un grupo de madres con hijos de 6 a 12 meses de edad de la localidad de Engativá de la ciudad de Bogotá DC., con el fin de aportar información y ampliar la comprensión sobre las razones que influyen en la duración de la LME, lo cual permitirá repensar futuras intervenciones para la promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva.

2. Planteamiento del problema y justificación

La OMS recomienda la leche materna como el alimento indispensable para todo niño recién nacido y hasta los 6 meses de manera exclusiva. Esta es fuente de nutrientes y factores biológicos (inmunoglobulinas). La leche materna se ha relacionado con la protección contra infecciones gastrointestinales y respiratorias, responsables de la morbilidad y mortalidad en este periodo de vida (Gavilanes Parra, Manjarrez Hernández, & Cravioto, 2002).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, de la mano del Programa Mundial de Alimentos (PMA) y la UNICEF, unieron esfuerzos con el fin de entregarle al país el Plan Nacional de Lactancia Materna 2010-2020, que permite incentivar, proteger y promover la LM en los menores de 2 años (Plan decenal Lactancia Materna 2010-2020); el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la Secretaria Distrital de Integración Social (SDIS), también buscan mantener e incrementar la práctica de la LM,a través de las diferentes estrategias y políticas públicas, de las cuales se pueden mencionar las Salas Amigas de la Familia Lactante, que forma parte de la estrategia de la SDIS. Además, se cuenta con iniciativas como las Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI), son instituciones acreditadas en conocimiento y apoyo por parte de todo el personal a la mujer gestante, lactante y sus hijos, y Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

(AIEPI), en la cual se destaca la atención integral en salud para los menores de edad. A pesar de la implementación de las estrategias antes mencionadas, se observó una disminución en el promedio de duración de la LME donde el promedio fue de 2.2 meses en 2005 a 1.8 meses en 2010 según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN 2010.

Kramer y Kakuma en 2001, establecieron que el tiempo óptimo de la LME es de 6 meses por que los niños tienen menor riesgo de diarreas e infecciones respiratorias, logran buen incremento ponderal, tienen menor incidencia de anemia y mejor desarrollo psicomotor; así como factores que favorecen a la madre como la recuperación de peso antes del embarazo y mayor tiempo de amenorrea que permite disminuir la probabilidad de un nuevo embarazo.

A partir de estos hallazgos y teniendo en cuenta lo reportado por la ENSIN 2010, en el presente proyecto se quiere indagar sobre ¿Cuáles son las razones que influyen en la disminución de la duración de la LMEen mujeres con hijos entre 6 y 12 meses?

3. Marco teórico

La LM se define como la práctica alimentaria en la cual el lactante recibe leche materna, incluyendo leche extraída o de nodriza (OMS, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI, 2008). La LME se recomienda hasta los 6 meses de edad y se define como ofrecer al niño solamente leche materna, sin otros sólidos o líquidos incluyendo el agua, puede recibir o no sueros de rehidratación oral, gotas (vitaminas, minerales y medicinas) según indicaciones médicas (OMS, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI, 2008). Además se recomienda que la leche materna se complemente con otros alimentos semisólidos y sólidos a partir del sexto mes, hasta los 2 años de edad (OMS, 2011).

La lactancia materna predominante hace referencia a que la leche materna es la principal fuente de alimentación, el niño puede recibir otros líquidos diferentes a cualquier tipo de leche, como agua, jugo de fruta, rehidratación oral, gotas (vitaminas, minerales y medicinas) (OMS, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI, 2008).

La leche materna es un fluido que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla. La leche que succiona el niño inmediatamente después del parto es llamada calostro, es un líquido amarillo y espeso rico en proteínas y vitaminas liposolubles (E, K, A) y la leche madura que se obtiene a partir del cuarto día contiene gran cantidad de grasa, lactosa y vitaminas hidrosolubles (Ministerio de Salud, UNICEF, 1995).

Es importante resaltar los beneficios de la leche materna como: es 100% natural y tiene todo lo que el niño necesita para crecer, ayuda a proteger al bebé de contaminantes que están en el medio ambiente, no tiene costo y no produce residuos (The New York State Department of Health, 2013).
Dentro de las múltiples ventajas que tiene la LM están la disminución de la hemorragia posparto, menor riesgo de cáncer de seno y ovarios, ahorro de dinero, reducción de los gastos en salud para el país, garantiza el adecuado crecimiento y desarrollo del niño, estimula su desarrollo cognitivo e integra la familia, entre otras (UNICEF, 2004).

La situación actual de la LME alrededor del mundo según datos recientes, indican que solo 38% de los infantes de 0 a 5 meses son alimentados con leche materna exclusiva en los países desarrollados y 43% de los recién nacidos inician LM dentro de las primeras 24 horas después del parto (UNICEF, 2007).En Latinoamérica y el Caribe cerca del 40% de los menores reciben LME durante 6 meses (UNICEF, 2008).

3.1. Situación de la práctica de la lactancia materna en Colombia

En Colombia, la práctica de la LME se ha ido abandonando poco a poco con el paso de los años como lo demuestran los resultados de la ENSIN 2010, donde se registró un descenso en la duración de la LME de 2.2 meses (ENSIN 2005) a 1.8 meses en 2010 (ENSIN 2010). En Bogotá para el año 2012, la media estuvo en 3.3 meses, algo superior a la media nacional (Intranet Hospital Fontibón, 2012).

3.2. Programas y políticas sobre lactancia materna

Existen diferentes estrategias y políticas públicas que se manejan en el país para apoyar esta práctica, como por ejemplo, Las Salas Amigas de la Familia Lactante, que forma parte de la estrategia de la SDIS, donde las madres pueden implementar de manera segura e higiénica la extracción de la leche y transportarla desde sus lugares de trabajo hasta sus hogares, esta iniciativa se maneja a nivel comunitario, institucional y laboral, se hace pensando en el bienestar de los niños y en la comodidad de las progenitoras, lo que a largo plazo asegura el buen estado nutricional y podría disminuir la mortalidad infantil(Ministerio de Salud y Protección Social, PMA, 2012). El Ministerio de Salud en 1991 con el Plan Nacional de Lactancia Materna inició “Las Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI”, cuyo propósito es recuperar la práctica de la LM(UNICEF, 2003), AIEPI Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia creada por la OMS y Unicef en 1996, trabaja por reducir la mortalidad, la morbilidad en menores de 5 años, y promueve su crecimiento y desarrollo (OPS, 2011).

3.3 Factores relacionados con la suspensión temprana de la lactancia materna exclusiva

La Academia Americana de Pediatría (AAP), quien se acoge a la recomendación de la OMS, afirma que solo el 13% de la población en Estados Unidos cumple con la recomendación en la duración de la LME, sin embargo también indica que el 24% de los servicios de maternidad proporcionan formulas infantiles comerciales en las primeras 48 horas posparto. Al mismo tiempo la AAP reconoce que algunos lactantes inician la alimentación complementaria muy temprano y que ello en gran medida se debe a la historia médica y familiar y la dinámica socio cultural (Agostoni, Decsi, Fewtrell, Goulet, Kolacek, Koletzko, Michaelsen, Moreno, Puntis, Rigo, Shamir, Szajewska, Turck, & Goudoever, 2012). (Cattaneo, Williams, Pallás Alonso, Hernández Aguilar, Lasarte Velillas, Landa Rivera, Rouw, Pina, Volta & Oudesluys Murphy, 2011).

Jones y colaboradores reportaron que la prevalencia de la LME hasta los 6 meses, mostró diferencias de acuerdo a la raza, ingresos familiares, edad de la madre, nivel educativo y estado civil. También sostienen que las madres más propensas a incumplir con el tiempo recomendado son las madres más jóvenes, y aquellas con problemas mentales o emocionales (Jones, Kogan, Singh, Dee, & Laurence, 2011).

En estudios realizados en Colombia como el llevado a cabo por Londoño y Mejía en 2010, mostraron que ser madre joven, consumir cigarrillo y suministrar fórmulas infantiles fueron determinantes para abandonar la LME antes de lo estipulado por la OMS.

En Bogotá, Forero, Isaács, Rodríguez, &Hernández (2013) publicaron un estudio cualitativo realizado con madres adolescentes de un programa de la SDIS, entre las razones del abandono de la LME se mencionaron dolor al lactar, las jóvenes manifestaron que no producían suficiente leche materna y que sus hijos quedaban con hambre.

Saénz Lozada y colaboradores en un estudio descriptivo, cualitativo y cuantitativo, encontraron que el 21% de las madres usuarias del jardín infantil de la Universidad Nacional de Colombia suspendieron la LME antes de los 6 meses y sus razones fueron falta de tiempo y ocupación de la madre (Sáenz Lozada, & Camacho Lindo, 2007).

Olaya y Fonseca en su estudio observacional prospectivo, encontraron la educación secundaria en las madres como factor protector de la LME, pues éstas lactaron por periodos más largos de tiempo, por el contrario, la creencia de las madres (13.8%) de que el niño quedaba con hambre cuando solo consumían leche materna, que el niño tenía sed, insuficiente producción de leche y la introducción de alimentos para prevenir la diarrea y el cólico o los consejos de las abuelas y vecinas, fueron factores que interfirieron con la

práctica de la LME(Olaya & Fonseca, 2004). Según Olaya y Serrano (2004) en otro estudio, afirmaron que a mayor edad de la madre, mayor es el porcentaje de LME.
El estudio de las razones relacionadas con el abandono temprano de la LME podría aportar elementos que contribuyan a la generación de acciones que eviten que se interrumpa la LME tempranamente.

4. Objetivos

Objetivo General:

Identificar las razones que influyen en la disminución de la duración de la LME en mujeres con hijos entre 6 y 12 meses de la localidad de Engativá.

Objetivos Específicos:

- Describir la práctica de la LM en madres primíparas y multíparas con hijos entre 6 y 12 meses.
- Determinar los antecedentes de la LM en madres multíparas del grupo de estudio.
- Identificar la percepción de la consejería y educación nutricional recibida en LM por el grupo de madres.

5. Metodología

El proyecto de investigación se realizó entre julio y noviembre de 2013, y se llevó a cabo utilizando la metodología cualitativa, la cual se define como el tipo de investigación que produce datos descriptivos, donde puede hacerse investigaciones sobre la vida de la gente, experiencias vividas, comportamientos, emociones, entre otros, utiliza técnicas usadas en el campo de las ciencias sociales, por ejemplo entrevista abierta, grupo de discusión y observación participante (Strauss & Corbin, 2002).
La técnica que se utilizó fue la entrevista semi estructurada (anexo 1) la cual contenía preguntas abiertas, y donde previo a la entrevista se indagaron datos socio demográficos de la muestra, además durante la conversación surgieron nuevos interrogantes según las respuestas dadas por las madres entrevistadas.

Este estudio se realizó en la localidad de Engativá en Bogotá DC, se tomó como muestra un grupo de 21 mujeres con hijos de 6 a 12 meses usuarias de 3 instituciones que prestan sus servicios en torno al cuidado infantil.
Los criterios de inclusión fueron: Madres que residían en la localidad de Engativá, mujeres con 1 o más hijos, madres con hijos de 6 a 12 meses de edad, mujeres que firmaron

voluntariamente el consentimiento de participación en el estudio, madres e hijos que no hubieran tenido alguna patología que haya impedido la LM.

El criterio de exclusión fue que nunca se hubiera ofrecido LM.

Para la recolección de la información, se le explicó a cada una de las madres el objetivo y los resultados que se esperaban obtener, además que el audio de la entrevista sería grabado en memoria USB; a partir de esta información ellas decidían voluntariamente si participaban o no, lo cual se confirmó con la lectura y firma del consentimiento informado.

Posteriormente se realizó la entrevista, recordándoles que tenían plena libertad para contestar las preguntas siendo lo más sinceras posible.

Algunas preguntas desarrolladas durante la entrevista fueron: ¿A qué edad suspendió la LM?, ¿Qué es para usted la LME?, ¿Considera que hay situaciones en las cuales debería suspenderse la LME?

Después de la recolección de datos, se procedió a hacer la transcripción de las entrevistas utilizando el software Express Scribe, se analizó la información que narró cada una de las participantes, teniendo en cuenta las categorías previamente establecidas para llevar a cabo esta actividad(anexo 2), a partir del análisis de dicha información, se realizó un grupo focal que es un tipo de reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y donde un grupo de personas seleccionadas por los investigadores discuten acerca de las experiencias personales, una temática o hecho social que es objeto de investigación y que se desea profundizar o aclarar(Escobar & Bonilla, 2009), se prefirió por mayor número de participantes (11/21) y disponibilidad de tiempo, las madres de la Asociación Nueva Modalidad Semillas, de las cuales asistieron 2, se les preguntó: Describa el proceso como usted lacto a su hijo, ¿Qué recomendaría al equipo de salud para que las madres puedan cumplir con la LM? y ¿Cómo les gustaría que fueran las capacitaciones?. A partir de lo indagado durante 50 minutos, se reforzó el análisis de los resultados enfocándolo en temas prioritarios como la capacitación en LM y la técnica de amamantamiento, esto permitió cumplir con los objetivos propuestos y lograr el propósito del trabajo.

6. Resultados y discusión

La muestra estuvo conformada por 21 madres entre los 16 y 37 años de edad, solo una madre adolescente.En este capítulo se presentan tablas resumen para las variables generales que caracterizan al grupo de madres y tablas para destacar las convergencias y divergencias de cada una de las categorías propuestas, así como de las emergentes y se hace discusión de los aspectos relacionados con estas.

Tabla 1. Características socio demográficas de la población

Variable	Asociación Nueva Modalidad Semillas n = 11		Hogar Infantil Pulgarcito n = 7		CID Jacques Cousteau n = 3		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Afiliación sistema seguridad social								
Contributivo	9	81,8	5	71,4	3	100	17	81,0
Subsidiado	2	18,2	2	28,6	0	0	4	19,0
Nivel de SISBEN								
Nivel 1	2	18,2	1	14,3	0	0	3	14,3
Nivel 2	0	0,0	1	14,3	0	0	1	4,8
No afiliada a SISBEN	9	81,8	5	71,4	3	100	17	81,0
Estrato socioeconómico de la vivienda								
1	1	9,1	0	0,0	0	0	1	4,8
2	9	81,8	0	0,0	1	33,3	10	47,6
3	1	9,1	7	100,0	2	66,7	10	47,6
Estado Civil								
Casada	2	18,2	2	28,6	1	33,3	5	23,8
Soltera	2	18,2	4	57,1	0	0	6	28,6
Unión libre	7	63,6	1	14,3	2	66,7	10	47,6
Madre Cabeza Familia								
Si	1	9,1	5	71,4	1	33,3	7	33,3
No	8	72,7	2	28,6	2	66,7	12	57,1
No sabe/No responde	2	18,2	0	0,0	0	0	2	9,5
Edad de la Madre								
Menor de 18 años	0	0.0	1	4.7	0	0.0	1	4.7
Mayor de 18 y hasta 30 años	7	33.3	3	14.3	3	14.3	13	62
Mayor de 30 años	4	19	3	14.3	0	0.0	7	33.3
Nivel Educativo								
Educación Primaria	1	9,1	1	14,3	0	0	2	9,5
Educación Secundaria	6	54,5	2	28,6	1	33,3	9	42,9
Educación Técnica	2	18,2	4	57,1	0	0	6	28,6
Educación Superior (Universitaria)	2	18,2	0	0,0	2	66,7	4	19,0
Situación Laboral								
Independiente	5	45,5	3	42,9	0	0	8	38,1
Empleada	0	0,0	1	14,3	2	66,7	3	14,3
No Trabaja	6	54,5	3	42,9	1	33,3	10	47,6
Ingresos Familiares (SMLV)								
< 1	0	0,0	5	71,4	1	33,3	6	28,6
1 a 2	5	45,5	0	0,0	1	33,3	6	28,6
> 2	6	54,5	2	28,6	1	33,3	9	42,9
Miembros aportan Ingresos Familiares								
1 Persona	3	27,3	5	71,4	2	66,7	10	47,6
2 o Más Personas	8	72,7	2	28,6	1	33,3	11	52,4
Tamaño de la Familia								
< 4 personas	4	36,4	7	100,0	1	33,3	12	57,1
> 4 personas	7	63,6	0	0,0	2	66,7	9	42,9
Vive con abuela materna/paterna								
Si	6	54,5	2	28,6	1	33,3	9	42,9
No	5	45,5	5	71,4	2	66,7	12	57,1
Edad del lactante								
6 a 8 meses	6	54,5	0	0,0	0	0,0	6	28,6
9 a 12 meses	5	45,5	7	100,0	3	100,0	15	71,4
Género del lactante								
Femenino	6	54,5	4	57,1	1	33,3	11	52,4
Masculino	5	45,5	3	42,9	2	66,7	10	47,6
Periodo Intergenesico para multíparas								
< 2 años	0	0,0	2	28,6	0	0	2	9,5
> 2 años	4	36,4	3	42,9	2	66,7	9	42,9

De las 21 madres, 17 (81%) tenían afiliación al sistema de seguridad social en salud como contribuyente. La población residía en 8 barrios de la localidad, de estrato socioeconómico 1, 2 y 3. El 47,6% (10/21) se encontró distribuido en la misma proporción tanto para el estrato 2 como para el 3.Únicamente el 19.1% (4/21) reportó pertenecer al nivel de SISBEN 1 y 2. Según el estado civil, 28,6% (6/21) eran madres solteras, el 71,4% (15/21) restante vivían en pareja ya fuera casada o en su mayoría en unión libre. Siete madres informaron ser madres

cabeza de familia, solo 2 dudaron frente a su respuesta, a pesar de entender lo que se preguntaba. El 62% (13/21) eran mujeres entre los 18 y 30 años de edad, solo el 4.7 % (1/21) era adolescente de 16 años. Solamente el 19%(4/21) de la población completó estudios en educación superior universitaria, mientras que el 28.6% (6/21) culminó estudios a nivel técnico y el restante 52.4% (11/21) realizó estudios de educación básica primaria y educación secundaria. Un 47,6% (10/21) afirmó no estar trabajando, no obstante el 38,1% (8/21) se desempeñaba como independiente y tan solo un 14,3% (3/21) como empleada. El 42,9% (9/21) de las madres recibía más de 2 SMLV, y en igual proporción con un 28,6% (12/21) recibía menos de 1 SMLV o entre 1 a 2 SMLV. En el 52% (11/21) de los casos 2 o más personas aportaban sus ingresos al ingreso familiar, y un 47,6% (10/21) recibió ingresos aportados por 1 sola persona. La mayoría de las familias 57,1% (12/21) estuvo constituida por 4o menos personas que habitan en la misma vivienda. El 43% (9/21) de la muestra afirmo compartir la vivienda con la abuela materna o paterna. Al momento de la entrevista, el 71,4% (15/21) de niños tenía entre 9 y 12 meses, usuarios del hogar infantil Pulgarcito en su mayoría, y un 28,6% (6/21) eran lactantes entre 6 y 8 meses todos usuarios de la Asociación Nueva Modalidad Semillas. El 52% (11/21) de los lactantes eran niñas. Se tuvo un total de 11 madres multíparas, 52% de la población total, en su mayoría 42.9% (9/21) el hijo anterior tenía más de dos años de edad.

Tabla 2. Categorías: Alimentación del lactante / Inicio de la lactancia materna (LM)

	Convergencias	**Divergencias**
Alimentación del lactante	▪ De los 0 a 6 meses la alimentación fue básicamente con leche materna, formula infantil, agua e infusiones. ▪ La introducción de otros alimentos líquidos se inició en clínicas y hospitales donde nació el menor, o en casa días después de nacido por recomendación de la abuela y el médico. ▪ Las abuelas, tías y médicos, fueron los que recomendaron iniciar otros alimentos antes de los 6 meses. ▪ La fórmula infantil se usó como complemento de la leche materna, recomendada por el médico y personal de la droguería.	
Inicio de la lactancia materna (LM)	▪ Cuando el parto fue natural fue casi inmediato el inicio de la LM. ▪ El niño que nació por cesárea no inició la LM inmediatamente después del parto. ▪ La primera toma quedó en manos de la madre, con ayuda de un familiar o una enfermera en ocasiones. ▪ Las madres multíparas no recibieron apoyo para iniciar la LM tempranamente (primera hora posparto). ▪ Las madres retardaron inicio de LM porque asumieron que sus hijos decidían el momento para iniciarla. ▪ La opción más utilizada cuando no se inició tempranamente la LM fue la formula infantil. ▪ A pesar de los problemas de pezón continuaron con LM.	• Sólo unas madres primíparas recibieron apoyo profesional para iniciar la LM. • Solo una de las madres rechazó que su hijo fuera alimentado con fórmula infantil.

Al realizar la pregunta ¿Qué alimentos ofreció a su hijo durante los primeros 6 meses de vida?, las madres respondieron leche materna acompañada de formula infantil, infusiones y

agua. Para las madres, el hecho de dar de beber agua o infusiones careció de importancia y por el contrario veían en esos líquidos la forma de calmar el dolor por el cólico o la sed, según ellas la leche materna no satisfacía estas necesidades, esto junto con la influencia que ejercieron en ellas las abuelas o las tías, quienes a su parecer merecían confiabilidad porque así criaron a sus hijos y a ellas mismas; estas prácticas se dieron más por recomendación de sus abuelas y tías que por creer que de verdad sus hijos tenían algún malestar:*"como a los 3 meses le empecé a dar una cucharada de agua a medio día porque le daba sed (jajaja), porque mi mamá me dijo"[E002]. "pues dicen que a ellos les da sed o para los cólicos le daba agüita de alguna hierba... de apio, o de manzanilla, así agüitas de esas, pero la verdad yo no creo mucho en eso (jajaja)" [E005].*Esto dio como resultado que la alimentación de los niños entre los 0 y 6 meses no se basó en la LME, pues en solo 1 caso de las 21 madres entrevistadas se dio este tipo de alimentación durante el tiempo recomendado, cabe anotar que esta madre multípara realizó estudios técnicos en el área de la salud.

En este estudio se observó que los médicos y enfermeras motivaron el inicio de formula infantil en lugar de leche materna dentro de la institución hospitalaria y las madres continuaron ofreciéndolas a sus bebés ya en el hogar:*"si pues los primeros 5 días por lo que no pude, por lo que estuve enferma, ehh lo tuvieron que alimentar con fórmula y de hecho esa fue la que seguimos para dormir en la noche, por lo que él de pronto ya estaba acostumbrado al sabor, entonces nos recomendó el pediatra que siguiéramos la leche de formula y la utilizábamos para la noche para que quedara llenito y que durmiera un poquito mejor."[E003]. "pues ehh, primero porque el médico me la mando y segundo porque tengo una hermana que trabaja en una droguería y también me la recomendó"[E007].*

Dentro de las razones que las madres mencionaron para continuar la formula infantil, era porque necesitaban complementar la alimentación de sus hijos, pues consideraban que la leche materna no los dejaba suficientemente satisfechos, esto hacía que despertaran más veces en la noche y tuvieran que trasnochar y amamantar más veces, además decían que sus hijos eran muy "*comelones*" y acababan con las reservas de leche "*antes del mes se llenaba con el seno, pero cuando cumplió el mes ya no se quiso llenar solo con el seno, sino que quería más y me toco darle leche de formula*" [E009], "*solo era por la noche pa` que me dejara dormir, porque imagínese toda la noche con él*" [E020]. Las madres que trabajaban los fines de semana manifestaron que solo les ofrecían la formula infantil porque temían que la leche que dejaban extraída, no fuera suficiente. "*yo nada más usaba la de tarro cuando salía a trabajar y son nada más los fines de semana*" [E010].

Las madres que afirmaron haber tenido parto natural, tuvieron la oportunidad de iniciar la LM inmediatamente después del parto, pues mencionaron que los profesionales examinaron a

sus bebés y luego se los entregaron para que ellas pudieran amamantar. Mientras que las madres que refirieron parto por cesárea tardaron varias horas para despertar del efecto de la anestesia.

Las madres primíparas afirmaron en su mayoría que recibieron información acerca del momento para iniciar la LM por parte de las enfermeras, pero en muy pocos casos se guio a la madre sobre la técnica adecuada de la práctica de la lactancia y la manera de implementarla. Las madres manifestaron que tuvieron a su primer hijo y su experiencia en LM era nula. Los médicos y las enfermeras solían llamarles la atención por no saber cómo iniciar la LM e incluso en algunos casos revelaron que no hubo apoyo*"no, nadie esas doctoras no me ayudaron"[E002]. "no... Ahí en la clínica eso no, me toco sola" [E016]* y las madres tuvieron que enfrentarse solas a esta nueva experiencia.

En el caso de las madres multíparas, el personal de salud asumió que las madres ya tenían experiencia en LM sin tener en cuenta si hubo o no una buena experiencia previa, e ignoraron si el periodo intergenesico fue prolongado, lo cual pudo afectar la LM por olvido de la experiencia anterior. "*no, a mí no, a las primerizas si las ayudaban" [E001]. "no porque yo ya tenía otro bebé entonces ya sabía cómo era" [E012].*

Durante la entrevista, varias mujeres manifestaron que no ofrecieron LM cuando ya tuvieron al bebé a su lado, por razones como que el bebé dormía, no le recibía, *"él no quería pegarse, le tuvimos que dar leche de tarro porque él se la pasaba era durmiendo (jajaja), entonces no se despertaba y cuando lo hacía no quería" [E013],* no se pegaba o que no les bajaba la leche:*"no me bajaba la leche, hmmm, le dieron un biberón, se la llevaron y le dieron leche normal, de esa del pote" [E007]." no me salía leche materna, no me salía nada y la bebe lloraba y lloraba y... uno sin saber, incluso hasta un tetero le sacaron y yo no quise que le dieran tetero, no acepte que me le dieran tetero, a mí los pezones se me cayeron, pero no dijeron venga ayudémosla, no a mí me toco abrirle la boca y hagámosle." [E011].*

Cuando a los niños se les ofrecieron otras fuentes de alimentación, lo que más se les suministró fue formula infantil, recomendada por el profesional de la salud en la clínica u hospital, a pesar de eso, solo una de las madres no estuvo de acuerdo con ofrecer sucedáneos de la leche materna a su recién nacido: "*porque eso es algo químico, no es muy limpio como lo que viene del seno de uno, que eso si viene limpio, ahí va todo y si me la acostumbraban a recibir leche de tarro, entonces ella después no me iba a recibir del seno".[E011].*

En el grupo de madres se observó que los problemas más frecuentes fueron los relacionados con los pezones, entre los más mencionados estuvieron: agrietamiento, dolor y ardor, a pesar de ello hubo buena disposición para continuar la lactancia.

“La leche materna es la primera comida natural para los lactantes”. Es un alimento completo, contiene la energía y nutrientes necesarios para el niño durante sus primeros meses de vida (OMS, 2010). Son bien conocidos los múltiples beneficios de la LM para la madre y el niño, aspectos biológicos, psicoafectivos, económicos y sociales (Macías, Rodríguez & Ronayne de Ferrer, 2006); se ha encontrado que a lo largo de los años la leche materna como alimento exclusivo ha perdido su protagonismo frente a otros productos líquidos como la formula infantil u otros, situación similar a lo hallado en este trabajo. En la ENSIN 2010 se encontró que además de la leche materna, a los niños se les ofreció leche en polvo, té o aromática, agua y leche líquida en los 3 primeros días de nacido. Aarts, Kylberg, Hornell, Hofvander, Gebre-Medhin, & Greiner, en los resultados de su investigación realizada en Suecia en el 2000, encontraron que 30% de los infantes a los 2 meses de edad ya habían recibido agua y bebidas a base de agua junto a su alimentación con leche materna, similar a los resultados encontrados en este estudio, donde a los menores de 6 meses se les ofreció, además de leche materna, formula infantil, agua e infusiones, muchos de ellos con tan solo días de nacido. Un estudio en el Valle del Cauca en 2001 mostró que las mujeres no consideraron el agua, los jugos o las sopas, como tipos de ingesta que terminan con la exclusividad de la lactancia, pues según lo indicaron los resultados, 25% de las mujeres pensaron que la oferta de alimentos complementarios se debía comenzar en el tercer mes; 25% entre el mes 4 y 5 y 40% creía que debía darse entre el mes 5 y 6 de vida (Cabrera A, Mateus S, &Carvajal B, 2003).

La influencia de familiares para suspender la LM o reemplazar la leche materna como único alimento, también se observó en una investigación llevada a cabo por Garfías Barrera, Márquez Cardozo, Moreno Aguilera, & Bazán Castro en 2007, donde encontraron que las abuelas maternas ejercieron una gran influencia en el momento de iniciar otros alimentos, especialmente en las madres solteras. En el 2013 a partir de una revisión de varios estudios sobre el tema, se concluyó que principalmente era la abuela materna la que podía servir como factor de apoyo o detractor hacia la LM, pero afirmaron que esto dependía de la cultura y su medio social (Losa Iglesias, Rodríguez Vázquez, &Becerro de Bengoa Vallejo, 2006), resultados similares fueron observados en este trabajo.

La ENSIN 2010 señaló que 96% de las mujeres colombianas inicio la LM al nacer su hijo, mientras que 4% nunca dio LM. En este trabajo algunas razones coincidieron con las reportadas en la encuesta, en relación a los problemas que manifestaron las madres para retardar el inicio de la LM fueron: no bajó la leche, el niño rechazó leche materna, madre enferma o débil y problemas de pezón.

Cuando el parto es por vía vaginal hay mayor oportunidad para iniciar la LM, ocurre lo contrario cuando los partos son por cesárea, esto sucede probablemente por la inadecuada

preparación de las madres. Entre más temprano se inicie la LM mayor es la duración de la LME (González, Huespe Auchter, & Auchter, 2008), en este estudio se observó que las madres que tuvieron parto natural iniciaron la LM más temprano que aquellas cuyo parto fue por cesárea. Según la ENSIN 2010, a nivel nacional solo 56.6% de las madres afirmaron iniciar LM en la primera hora de nacido y 20% durante el primer día, contrario a lo referido por el grupo de madres de este trabajo donde apenas el 29% inicio la LM en la primera hora. La OMS recomienda que la LM se inicie durante la primera hora inmediatamente después del parto, resaltando la importancia que tiene el calostro para la inmunidad del niño y los beneficios para la salud del lactante y su madre. En el lactante sano, los reflejos de succión y deglución son fuertes inmediatamente después del parto. Por lo tanto, es importante poner el niño a succionar el pecho, ya que estos movimientos de succión estimularán la liberación de oxitocina y con ello la producción láctea (OMS, 1989, 2010).

Sobre el inicio de la LM, se hace referencia a los factores detractores, entre ellos el manejo clínico inadecuado de la LM, y cómo la práctica hospitalaria mantiene rutinas que retrasan la primera toma, separando al bebé de su madre, y estableciendo horarios para la lactancia, además se dan indicaciones innecesarias para iniciar "leches artificiales" (Spanó Nakano, Guerreiro dos Reis, Bistafa Pereira, & Azevedo Gomes, 2007), esta situación fue similar a la encontrada en este trabajo. Una investigación en Canadá, mostró que cuando en los hospitales se suplementó con formula infantil, esta afectó de forma negativa la práctica de la LME (Al-Sahab, Lanes, Feldman, &Tamim, 2010). Cabrera y colaboradores reportaron que a casi ninguna mujer se le preguntó en las instituciones sobre cuál era el primer alimento que prefería para su hijo recién nacido, además refirieron que en los servicios de maternidad el uso de teteros y fórmulas infantiles era precoz o injustificado (Cabrera A, Mateus S, &Carvajal B, 2003), en este estudio solo 1 mujer se negó a ofrecer formula infantil como primer alimento en el hospital, otra mayoría confió en el criterio médico.

Tabla 3. Categorías: Lactancia materna exclusiva / Comprensión concepto LM y LME

	Convergencias	**Divergencias**
LME	▪ Las madres no sabían qué era LME. ▪ No se practicó correctamente la técnica de amamantamiento. ▪ No se practicó la LME, ya que las madres consideraban que al ofrecer leche materna y otros líquidos cumplían con dar LME.	De las 21 madres entrevistadas solo 1 dio LME durante 6 meses.
	Convergencias	
Comprensión concepto LM y LME	▪ Al realizar la pregunta sobre LME directa, las madres dieron respuesta asumiendo que se estaba preguntando por LM (no consideraron el termino exclusiva), sin embargo cuando se hizo énfasis en la palabra exclusiva, fue cuando algunas madres se acercaron a la definición de LME. ▪ Entre las razones más enunciadas para ofrecer LM, se identificó porque la leche tiene todos los nutrientes y les brinda las defensas que ellos necesitan. ▪ Algunas de las entrevistadas no dieron respuesta al porqué dar LME. No se diferenció en el concepto de LM y LME. Para las madres es lo mismo.	

Durante las entrevistas se observó ampliamente que cuando se les mencionó a las madres "lactancia materna exclusiva", no comprendieron lo que se les estaba preguntando: *"(...) otra vez exclusiva (jajajaja) (...) hmmm, qué digo ahí…*" [E007], sus respuestas fueron erróneas y se inclinaron por hablar de los beneficios de la leche materna, otras mujeres optaron por decir que no sabían y que nunca antes habían escuchado ese término: "*no sé (jajaja)*" [E012], "*porqué, es como lo normal (jajaja) (…) pues ahí si no sé por qué...*" [E016]. Esto dejó entrever que ciertos aspectos de la teoría fueron confusos, por lo tanto si esta no era comprendida, la práctica finalmente no se llevaba a cabo de la mejor manera.

Cuando se repitió la palabra exclusiva, algunas se acercaron al concepto, "*exclusiva... ehhh, pues que es la más confortante en la alimentación del niño por eso es exclusiva*" [E019], "*exclusiva... qué es exclusiva (jajajaja) es exclusivo darle seno a ellos solamente*" [E008].

Frente al por qué debían ofrecerle a sus hijos LM y LME, para las madres era lo mismo, desconocieron la diferencia entre ambos conceptos "*porque... es el alimento... o sea es el alimento que tiene todos los nutrientes y todo para que los niños no se enfermen o sea es balanceado para ellos, no sé (jajaja)" [E012].*

Las madres entendían que se debía dar leche materna y sabían que la formula infantil no les brindaba las mismas condiciones, sin embargo en la práctica demostraron lo contrario "*la leche tiene muchos nutrientes, agua, tiene todo y a uno no le toca estar preparando sino que ya viene todo esterilizado de allá adentro y uno siente más amor y todo dándole la leche materna*" [E011], "*porque un tetero si no se lava bien, o si no se lavan bien las manos les da una infección estomacal y aparte la leche trae el agüita, todo, proteínas...*" [E001].

La ENSIN 2010, mostró que la duración de la LME fue de solo 1.8 meses, disminuyó con respecto a la misma encuesta en el 2005, cuya duración fue 2.2 meses, aún lejos de la recomendación internacional que para la LME es hasta los 6 meses de edad.

Para alcanzar el éxito de la LM es necesario reimpulsar la importancia de iniciar y mantener la LME en el tiempo adecuado y soportando la teoría con una excelente práctica a través de la correcta técnica de amamantamiento. Un estudio en Bolivia demostró que las madres (74%) afirmaron conocer con exactitud la técnica, y solo 22% demostró una técnica adecuada. Uno de los problemas más visibles en esta investigación también fue la técnica de amamantamiento, las madres decían conocerla pero la práctica incorrecta las llevó a tener problemas de pezón y baja producción de leche. La técnica de LM comprende: la postura de la madre y del niño, la higiene, frecuencia y duración de la lactancia teniendo en cuenta la demanda del niño (Jiménez M, Aranda, Aliaga, Alípaz, López, Rocha, & Salazar, 2011). Las madres en este estudio reseñaron la importancia de la higiene en los pezones y

fue a lo que más hicieron referencia junto con las posturas al preguntárseles por las recomendaciones, lo demás no fue mencionado. Para favorecer la capacidad de la mujer para comprender la importancia de la LME se debe tener en cuenta la edad materna y su nivel educativo (Díaz Argüelles, 2005).

La OMS define LME como el tipo de alimentación donde lo único que el lactante recibe es leche materna desde su nacimiento y hasta los 6 meses de edad, no incluye agua, ni otros alimentos líquidos o semisólidos, se exceptúa la administración de suplementos de vitaminas, minerales o medicamentos y/o suero de rehidratación oral en forma de gotas o jarabes (OMS, 2003). En este trabajo se identificó desconocimiento de las madres por el concepto de LM y LME, según lo hallado en otras investigaciones, esto es algo generalizado, según Khassawneh, Khader, Amarin, & Alkafajei, quienes en 2006 publicaron un estudio sobre el conocimiento, la actitud y la práctica de la LM en el norte de Jordania, mostraron que las mujeres creían que dar LME por 3 meses era tiempo suficiente, razón que llevo a que el 88.6% de su población iniciara la lactancia pero solo 58% la continuara por más de 3 meses, en otros hallazgos se encontró que 59% de las madres conocían la recomendación de LME durante los 6 primeros meses, 41% no la puso en práctica y solo 39% cumplió con la recomendación (Wen, Simpson, Rissel, & Baur, 2012). Esto indicó que las mujeres en los diferentes estudios, no conocían el tiempo de duración de la LME o no lo ponían en práctica. Según lo reportado por Cabrera y colaboradores (2003), el conocimiento sobre la duración de la LME se acercó a lo recomendado, las madres manifestaron los 5 primeros meses de vida como tiempo límite para dar LME, al igual que en este estudio, muchas de las respuestas sobre LME se centraron en los beneficios inmunológicos, nutricionales y afectivos de la leche materna, pero el concepto en sí, también fue desconocido.

Tabla 4. Categorías: Duración y Experiencia con la LME con hijo anterior / Importancia de lactar a su hijo en cualquier momento y lugar.

	Convergencias	Divergencias
Duración y Experiencia con la LME con hijo anterior	▪ 4 madres afirmaron haber dado LME a sus hijos anteriores durante sus primeros 6 meses de vida. ▪ Otras madres suspendieron la LME a los 2 meses de edad. ▪ Las razones más mencionadas para suspender la LME fueron el regreso al trabajo y a las actividades académicas. ▪ Para las madres que fueron primerizas en su embarazo anterior, la LM fue considerada como una experiencia regular y traumática.	• Pocas madres afirmaron que su experiencia en LME anterior fue buena porque no presentaron alguna complicación ni ella ni su hijo.
Importancia de lactar a su hijo en cualquier momento y lugar	▪ Las madres en general manifestaron que sin importar el lugar practicaron la lactancia. ▪ Todas tuvieron como solución llevar con ellas una cobija para cubrirse.	• Solo una de las madres manifestó no lactar a su hijo cuando se encontraba en un lugar público.

De 21 madres entrevistadas, 11 eran madres multíparas, a este grupo de mujeres se les indagó sobre la LME de su hijo anterior, de ellas, 3 nunca asistieron a capacitaciones sobre LM, pero una de esas 3 madres dio LME a sus 2 hijos, cabe resaltar que ella era auxiliar de enfermería y refirió que en sus estudios recibió información de este tema, fue la madre que registró el único caso de LME con su hijo actual.

Las madres que no ofrecieron LME durante los 6 meses afirmaron que la suspendieron porque tuvieron que integrarse a su trabajo, otras estudiaban y trabajaban al mismo tiempo "*yo tenía que dejar a mi hijo pues por cuestión de que nuevamente iba a estudiar, entonces desde ahí empecé a darle leche de tarro, ya después me toco dejarlo porque me salió la oportunidad de trabajar acá en el jardín*" *[E018].* Otras madres dijeron que la leche materna no era suficiente y algunas que sus hijos rechazaron el seno y en otros dos casos se habló de la influencia de las abuelas maternas para iniciar otros alimentos antes del tiempo recomendado: "*Mi primer hija realmente no tomo leche exclusiva, y a ella a los 4 meses le di la compota y todo eso porque ahí estaba la abuela materna (jajaja)" [E004].* La experiencia de la LM con el hijo anterior, fue calificada por algunas mujeres como muy dolorosa y traumática, hecho que atribuyeron a que era su primer hijo y que por supuesto no tenían experiencia y no sabían cómo manejar la situación, el dolor y ardor de los senos que en ocasiones las llevó a tener sangrado, fue algo que al observar las entrevistas si las predispuso a la LM con sus nuevos hijos, una de ellas relató:*"ese dolor fue horrible, o sea fue peor que el segundo, porque como yo no tenía experiencia de cómo se curaban los senos ni nada, entonces ese dolor era más grande y yo le cogí miedo"[E004].* Otra de las experiencias que marcó la suspensión de la LME en sus hijos fue que algunas madres pensaron que si en el embarazo anterior no tuvieron gran producción de leche y que por ello sus hijos quedaban con hambre, les ocurriría lo mismo con el nuevo bebé, ya que se observó la tendencia de que la LME se suspendió en edades muy similares, sino la misma.

Para las madres el pudor o la vergüenza que podían sentir al amamantar a su hijo en un sitio público, desapareció de manera inmediata, pues sostuvieron que era algo natural en la mujer, además agregaron que como soluciones portaban una cobija para cubrirse, buscaban un lugar reservado para ella y su bebé, y algunas contaban con la compañía de sus parejas o familiares quienes las cuidaban:*"si claro, a mí al principio me daba pena, entonces él lloraba mucho y yo decía no que pena, no le voy a dar, pero pues al ver el desespero y el hambre, a uno no le importa, donde sea se sienta y les da el pecho"[E005].* El caso de la madre que se sintió vulnerada radicó más en su falta de seguridad, por la que utilizó excusas como el clima: "*no me da pena, pero los fríos, y a veces llora porque tiene hambre y me toca llegar rápido a la casa para darle la leche, no es pena, es miedo, temor..." [E006].*

Olmo Navarro, Molina-Ruano, López Sánchez-Sánchez, Bermúdez-Ruiz, & Castaño-Molina en 2008, publicaron un estudio en el que revelaron que de 114 mujeres multíparas solo 61 habían lactado a su hijo previamente, sin embargo no se relacionó con el nivel educativo ya que todas tuvieron estudios básicos, de igual manera la práctica de la LM fue mayor en multíparas que en primíparas en grupos que lactaron hasta los 3 meses y hasta los 5 meses. Esto es contrario a lo hallado en este estudio, donde el hecho de ser madre multípara no se diferenció de las primíparas y tampoco se relacionó con su nivel de estudio, pues ningún grupo se destacó por ofrecer LME. Las razones mencionadas para abandonar la LM en las madres multíparas, en su mayoría fue el regreso al trabajo por finalización de la licencia de maternidad. Esto coincidió con las razones dadas por las madres en este estudio. Para las madres que retornan al trabajo o al estudio, los programas de LM, horarios flexibles de trabajo y una sala privada para lactar, han demostrado influenciar positivamente la duración de la LM (Shealy, Li, Benton-Davis, Grummer-Strawn, 2005).

Un estudio en el cual las mujeres con periodos intergenesicos entre 5 a 10 años, mostró que la LM exitosa en el primer embarazo sirvió como predictor de inicio y éxito de la siguiente practica de lactancia con sus hijos posteriores, mientras que las mujeres cuya práctica no fue exitosa con su primer hijo, fue mayor la influencia para no iniciar la LM en los futuros embarazos (Sutherland, Pierce, Blomquist, &Handa, 2012), esto es similar a lo hallado en este trabajo, ya que las madres multíparas apreciaron su experiencia anterior en LME como dolorosa y traumática, hecho que pudo influenciar notablemente su desempeño con la LM de sus nuevos hijos y donde solo una de ellas si practicó la LME por 6 meses, pero fue la única que manifestó haber dado LME a su primer hijo sin mayores complicaciones.

Khassawneh, Khader, Amarin, & Alkafajei (2006), mencionaron que en su estudio las participantes afirmaron ser tímidas para lactar en lugares públicos, e indicaron la necesidad de ofrecer privacidad a las madres lactantes en el trabajo y en sitios de gran afluencia de gente. “Solo 5% de las mujeres en Jordania no han tenido acceso a la educación, lo que probablemente ha tenido un efecto en sentir timidez para lactar en público”, refirieron que antes era diferente y era muy común ver a las madres amamantar a sus hijos en sitios públicos. Solo algunas madres en este trabajo también mencionaron sentir vergüenza al principio, pero que una vez dieron de comer a sus hijos, esta desapareció. Forero Y, Isaács M, Rodríguez S, & Hernándezen su investigación en Bogotá en 2013, señalaron que en las madres adolescentes, si se identificó incomodidad al exponer sus senos porque consideraban que eran personales e íntimos, además mencionaron que los hombres las observaban de forma obscena. Algunas madres de este estudio aunque mayores de 20 años coincidieron con esta apreciación, pero manifestaron que gracias a la compañía de sus parejas se sentían más seguras, además que siempre llevaban una cobija para cubrirse y no

exponer sus senos. Sí la sociedad percibe la LM en público como un acto normal, las madres aliviarían la necesidad de aplazar o suspender la alimentación de su hijo con leche materna (Sheeshka, Potter, Norrie, Valaitis, Adams & Kuczynski, 2001). En este trabajo las madres no consideraron lactar en sitios públicos como razón para suspender la LME.

Tabla 5. Categorías: Experiencia de las madres con la práctica de LME/ Interrupción de LME

	Convergencias	Divergencias
Experiencia de las madres con la práctica de LME	▪ Se calificó la experiencia de la LM como una experiencia dura, pero al mismo tiempo muy bonita. ▪ Los problemas más frecuentes fueron el dolor y ardor del pezón en los primeros días de lactancia. ▪ El mayor apoyo lo recibieron por parte de la abuela materna, las situaciones fueron manejadas con remedios caseros.	• Solo una de las mujeres llego a pensar en suspender la LME al ver sus senos maltratados. • Se registró un caso de mastitis que derivo en cirugía.
Interrupción de LME	▪ La edad de los lactantes cuando se les suspendió la LME osciló entre los 2 días de nacido y los 6 meses. ▪ Son varias las razones que las madres manifestaron para suspender la LME de manera temprana.	• Solo un caso afirmó conscientemente no haber dado LME a su hijo. • Se encontró como una razón de suspensión motivos quirúrgicos de la madre.

En general las madres consideraron su experiencia de LME como bonita y agradable pero dura, debido a que las complicaciones que más mencionaron fueron el dolor y ardor de los pezones, así como la congestión, *"la verdad duro, primero porque tuve que ir a urgencias por lo de los senos, aun así seguí dándole leche porque toca igual seguir dándole" [E001]*, casi la mitad de las madres entrevistadas negaron haber presentado complicaciones.

La mayoría siguió recomendaciones dadas por la abuela materna, tías o amigas, quienes les aconsejaban tomar bebidas como leche con panela o agua de hinojo, para ayudar en la producción de leche, optaron también por usar cremas o estimular la succión del niño ya que consideraron que la leche materna servía como agente de sanación "*me decían que tenía que dar para que me sanara porque la saliva de él era la que me sanaba*" [E002], otras relataron usar "coquitas" para recolectar la leche y que el pezón no rozara con el brassier "*es que la misma leche materna cura los senos agrietados, entonces yo compre una coquita que sirve para almacenar leche, porque si no la colocaba, el seno se roza con el brassier y entonces con más razón se agrieta, y se curaron en un día"[E004].*

Solo un caso registró molestias que la llevaron a urgencias y donde se diagnosticó mastitis causada por no lactar al bebé en momento adecuado y no vaciar completamente el seno, esto hizo que se le practicara una cirugía y se suspendiera la LM del menor.

Las complicaciones propias del seno y el pezón al iniciar la lactancia, no fueron razón suficiente para suspender la LME en algunas madres, pues a pesar de las molestias, ellas prefirieron seguir lactando.

Un recién nacido de 2 días fue el niño con menor duración de LME, un pequeño grupo coincidió con 2 meses de edad y solo 1 tuvo LME durante sus 6 meses, las razones manifestadas por las madres para esta interrupción fueron mencionadas en categorías anteriores, y solo una manifestó su nuevo embarazo como razón para interrumpir la LME de su hijo.

Una de las madres aceptó no haber ofrecido LME a su hijo, pero esto lo hizo una vez se le explicó la definición de LME "*pues según lo que entiendo (jaja) ni 2 días porque le empecé a dar primordialmente fue la leche de tarro" [E019].*

En cuanto a las situaciones que ellas consideraron obligatorias para suspender la LM, mencionaron situaciones médicas, en caso de enfermedad de la madre o del niño, pero desconocen en cuáles enfermedades, solo un caso especificó intolerancia a la leche materna por parte del menor, si la madre está tomando medicamentos que puedan alterar la salud del niño o si este es hospitalizado y la madre no puede permanecer en el hospital con su hijo las 24 horas del día como le sucedió a una de las madres con su primer hijo.

La mastitis es definida como la inflamación del seno la cual puede presentar o no infección (OMS, 2000). En esta investigación se encontró que solo una de las madres padeció esta afección y tuvo que recibir atención quirúrgica para solucionar su problema, entre tanto varias mujeres refirieron el agrietamiento y el dolor del pezón como las complicaciones más presentadas; es importante darles buen manejo ya que se consideran causas para llegar a la mastitis. El tratamiento adecuado no necesariamente lleva a la suspensión de la LM, basta con realizar la adecuada extracción de la leche y el manejo supervisado de antibióticos y analgésicos antiinflamatorios. El hecho de que algunas mujeres solo presenten dolor y se ignore o se usen remedios caseros que no brindan una mejoría satisfactoria, es así como no se diagnostica y no se trata y termina siendo una complicación mayor que sin necesidad, influencia la interrupción de la LM (Vayas Abascal & Carrera Romero, 2012).

El dolor en los pezones puede ser frecuente al iniciar la LM o puede aparecer por la mala posición del niño para lactar. El agrietamiento es una lesión causada por la presión de las encías del bebé sobre el pezón y suele ocurrir cuando el niño tiene mala posición, por hipersensibilidad de la piel o la humedad (Lawrence RA, 1996) (Macía, Álvarez & Aguilar, 2005). El agrietamiento y el dolor del pezón fueron los más referidos por las madres en este estudio y tienen mucho que ver con la técnica para amamantar, si esta no es adecuada, puede ser causal para que la madre decida dejar de lactar a su pequeño antes de tiempo.

González, Huespe Auchter, & Auchter en 2008, mostraron como causas para abandonar la LME: trabajo materno, baja producción de leche, rechazo del niño, enfermedad del niño y la mala preparación de los pezones. Muchas de estas razones coincidieron con el presente estudio, sin embargo la causa laboral no fue la más mencionada, pues casi la mitad de las madres al momento de la entrevista no laboraba y otro grupo amplio trabajaba como independiente. En Colombia en 2005 se señalaron causas como la no producción de leche y problemas de pezón antes de los 3 meses de edad como causas para abandonar la LM (Gamboa D, López B, Prada G, & Gallo P, 2008). En este estudio, a pesar de los problemas de pezón las madres no lo refirieron como causa para dejar tempranamente la LME.

Tabla 6. Categorías: Influencia para ofrecer y suspender LME/Creencias que influencian suspensión de LME

	Convergencias	**Divergencias**
Influencia para ofrecer y suspender LME	▪ Las personas que verbalmente recomendaron a las madres dar LME fueron los profesionales de salud, seguido por familiares como abuela, o tías.	• Solo un caso reporto que aunque recibió recomendación de dar LME, hizo caso omiso porque cree que la leche materna necesita ser complementada. • Solo algunas madres reportaron no haber recibido recomendación por parte de otra persona. • En pocos casos se registraron recomendaciones para no dar LME por parte de amigos o abuela materna.
	Convergencias	
Creencias que influencian suspensión de LME	Algunas madres tuvieron diferentes creencias entorno a la LM, influenciadas por las tradiciones o creencias familiares, especialmente las abuelas.	

Según las madres, en las capacitaciones y controles médicos fue donde los profesionales de salud, especialmente médicos y enfermeras recomendaron verbalmente ofrecer LME, una vez nació el bebé la recomendación fue por parte de la abuela materna o tía que ya había tenido la experiencia de la LM "*todos desde mi familia, mis amigos, en el médico, me decían que lo mejor para un bebé era su lactancia materna" [E005]*. Solo en un caso a pesar de la recomendación, la madre prefirió alimentar a su hijo con otros alimentos además de la leche materna porque consideraba que esta era insuficiente para mantenerlo *"yo creo que a ellos solamente la leche no los sostiene (jaja) creo yo, eso hay que complementarlo con algo" [E020].* La mayoría de las madres afirmó que nadie se atrevió a aconsejarles no dar LME, sin embargo en ciertos casos las abuelas y los amigos influenciaron iniciar otros alimentos durante los primeros 6 meses, las razones que les dieron fueron poco creíbles: *"las personas, amigos, gente metida que le dice a uno, oiga no le dé leche materna que eso es malo, que los niños se vuelven feos, o dele esto que con eso va a crecer"[E011].*

Vale la pena destacar que en los pocos casos en los que las madres fueron aconsejadas para abandonar la LME, ellas cuando estaban convencidas y tenían el conocimiento eran fieles a su convicción y prefirieron incluir en la alimentación de sus hijos leche materna. La única madre que practicó LME durante los 6 meses, estuvo en el grupo de mujeres que no recibió recomendaciones para ofrecer o interrumpir la LME.

Se evidenció también la presencia de costumbres o creencias populares "*cúrele el estómago, antes de los 6 meses que le diera frijoles, que le diera agua de yo no sé qué cosa...y yo no exclusivamente le di leche materna"[E011],"yo digo que cuando uno tiene mal genio uno no puede dar leche materna, eso decía mi abuela, no sé, que porque el mal genio hace que le dé diarrea a los niños" [E011]. "cuando uno está embarazada, porque le quita las defensas al otro bebé..., que lo que el otro se consumía ya no le iba a llegar al otro" [E013]. "ojalá que mi leche hubiera sido de mejor calidad, porque es que la leche mía era como agua" "mi mamá me dijo, tienes que darle tetero porque no lo va a alimentar tu leche, entonces yo hubiera querido que mi leche fuera más nutritiva como otras mamás" [E009].* Cabe anotar que estas creencias fueron relatadas especialmente por personas que provenían de pueblos o ciudades pequeñas, donde la capacitación no ocurrió o la información que recibieron provino de personas de su círculo cercano.

La falta o interrupción de LM se relaciona con la influencia familiar ya que las experiencias negativas se transmiten de madres a hijas para iniciar y mantener la LM, y esto lleva al inicio precoz de fórmulas infantiles (Ramírez de Materam, Materam, Chávez, Fiore, & Cárdenas, 2003). Las madres pueden rodearse de mensajes que indican que la lactancia es mejor con fórmulas infantiles que con leche materna, estos mensajes pueden ser emitidos por personal de salud si hace parte de la "generación del biberón", estas son personas adultas que no fueron amamantados con leche materna y cuyo auto concepto sobre su salud física y afectiva es adecuado y le restan importancia al inicio o mantenimiento de la LM (Renfrew, Ansell, & Mackeod, 2003) (Merewood, 2006). Para este estudio, algunos médicos influyeron positiva y negativamente en el inicio y mantenimiento de la LME. Losa Iglesias, Rodríguez Vázquez, &Becerro de Bengoa Vallejo,(2006),concluyeron que las abuelas, materna principalmente, se consideraron factor de apoyo o detractor, pero que su influencia dependía del nivel socio cultural, la influencia es visible tanto en abuelas maternas como paternas, sin embargo ejerce mayor protagonismo la abuela materna en este trabajo. Es por ello que las abuelas deberían ser incluidas en las actividades de la LM, teniendo en cuenta sus tradiciones, medio social, nivel cultural y económico (Ludvigsson, 2003), pues su rol puede ser clave para apoyar positivamente la LME, este punto de vista es apoyado dada la influencia de las abuelas en este trabajo en la LM de sus nietos en los primeros 6 meses.

Una de las principales causas para suspender la LM a temprana edad es la falta de conocimiento que la madre tiene en cuanto a la calidad de la leche materna tanto para el hambre del bebé como para llevar un adecuado desarrollo de su hijo (Spanó Nakano, Guerreiro dos Reis, Bistafa Pereira, & Azevedo Gomes, 2007). No existe la leche materna de baja calidad; ésta siempre es adecuada al bebé y es todo cuanto necesita. Un recién nacido sano no necesita más líquidos que los que obtiene de la leche de su madre, no es necesario ni recomendable ofrecer agua ni otros líquidos (Comité de lactancia materna de la AEP, 2004). A pesar de estas declaraciones, algunas de las entrevistadas en esta investigación, creían que el color de la leche les indicaba la calidad nutricional de la misma, pensaban que entre más clara fuera la leche, más bajo valor nutritivo tenía y prefirieron optar por otros alimentos antes que continuar con la leche materna. Otra creencia fue dejar de lactar al niño cuando la mujer quedaba en embarazo, no obstante, sí la mujer decide continuar lactando estando embarazada y mantiene la LM con sus hijos una vez ha dado a luz, es lo que se denomina Lactancia Tándem, según Marcos Marcos y Torras i Ribas, no hay evidencia científica que indique que lactar durante el embarazo aumente la probabilidad de sufrir abortos o partos prematuros. La estimulación de los pezones durante el embarazo produce contracciones mientras el niño succiona pero ceden espontáneamente cuando el niño suelta el pecho (Aguayo Maldonado, 2001). Solo una mujer en este estudio abandonó la LME por su nuevo embarazo. Pallás CR y de la Cruz J (2004), indicaron la necesidad de considerar a cada madre y cada familia individualmente ya que ninguna es igual que otra. "Se mantienen contradicciones y costumbres relacionadas con la práctica de la LM. El conocimiento de los mitos y creencias en cada caso brindará las herramientas adecuadas para estimular en la familia el apoyo a la LM teniendo bases científicas sobre sus creencias".

Tabla 7. Categorías: Capacitación en LM/ Capacitaciones en LME con hijo anterior

	Convergencias	**Divergencias**
Capacitación en LM	▪ La mayoría de las madres recibieron capacitación en LM, en los cursos psicoprofilácticos, dada por profesionales de salud. ▪ Algunas madres multíparas afirmaron no haber asistido a la capacitación, porque consideraban que no había cambios con respecto a la recibida en su embarazo anterior. ▪ La capacitación en la mayoría fue a nivel grupal. ▪ El material, que más recibieron fue folletos y fotocopias. ▪ Las madres recordaron más las recomendaciones sobre la higiene de los senos y la posición de los niños para lactar.	• En una institución las personas que dan la capacitación, son madres comunitarias no profesionales, capacitadas por el ICBF en LM. • Madres que provenían de pueblos, afirmaron no haber recibido capacitación sobre el tema.

Capacitaciones en LME con hijo anterior	▪ Las largas distancias entre la casa y el lugar de los cursos psicoprofilacticos, la falta de tiempo y las ocupaciones laborales fueron los aspectos negativos en torno a las capacitaciones. ▪ Resaltaron como aspectos positivos los temas de la capacitación y que estos fueran manejados por profesionales.	• 3 madres nunca asistieron a capacitaciones sobre LM, en ninguno de los embarazos. • Uno de los casos, consideró que las capacitaciones en otras ciudades eran más atractivas, y menos serias que las ofrecidas en Bogotá. • En pueblos no se dieron capacitaciones, las madres u otros familiares fueron los encargados de aconsejar a las gestantes.

Pocas mujeres refirieron no asistir a capacitaciones en LM, la mayoría las recibió, sin embargo una de las instituciones suministró información a través de personas no profesionales en salud, eran madres comunitarias que gracias a las capacitaciones recibidas por el ICBF y por su propia experiencia, transmitían la información a nivel individual y/o grupal. Las razones para la inasistencia a los cursos fueron por temor a perder su trabajo, por decisión propia y la lejanía del lugar "*por lo que estaba trabajando y no tuve tiempo para los cursos psicoprofilacticos ni nada de eso, la verdad no los quise tomar porque ya sabía lo que me iban a decir entonces la verdad no*" [E017]. Se observaron casos de mujeres cuyo periodo de gestación fue en pueblos, donde afirmaron que estas actividades no se llevaron a cabo: "*usted sabe que en los pueblos no enseñan nada de eso, nada más la información que le da el médico y aquí pues la muchacha si me dijo pero me quedaba muy lejos*" [E020], y sí se desarrollaron no se conoció el nivel educativo de la persona responsable de suministrar la información: "*muchachas, pero no sé si eran profesionales de la salud, había una que si iba del hospital" [E013]*. Solo 3 madres, recibieron la capacitación de manera individual, el resto la recibió a nivel grupal. El material que brindaron las instituciones de salud sobre LM se basó en folletos, fotocopias, y libritos. Solo uno de los casos citó internet como fuente de información.

Las madres de los hogares infantiles, fueron quienes no recibieron capacitación o manifestaron no recordar recomendaciones acerca de la LM, mientras que las madres de la institución cuya capacitación fue brindada por madres comunitarias, las recordaron más.

Las recomendaciones más puestas en práctica fueron la higiene de manos y del seno y sacarle los gases al niño después de lactarlo, no obstante quedó incertidumbre si las recomendaciones que más siguieron fueron las que les dio el personal médico o familiares *"no, pues yo puse varias cosas en práctica, la señora que me dio la charla en los cursos profilácticos me decía que para que el bebé le gustara más el seno podía endulzar el pezón con miel"* [E012], "*cuando tuve la niña, me hablaba mucho una prima mía que ella es enfermera profesional, ella si me decía que tenía que darle solo teta hasta los 6 meses, que*

nada más, pero... (...) complicado", "yo tomaba leche con panela primero mi mamá me dijo cuando tuve la niña, y ahorita que yo tuve el niño, el médico me dijo" [E020].

Las madres que habían recibido capacitación en otras ciudades, destacaron que en Bogotá las sesiones eran más serias, más concretas y que no se trabajó el fortalecimiento del vínculo entre madre e hijo desde la gestación, como si ocurre en las ciudades más pequeñas, pues según ellas, en esos lugares es mayor el número de horas semanales y algunas las usan para hacer manualidades u obsequios a sus futuros hijos. Algunos aspectos negativos mencionados fueron: las largas distancias entre el lugar del desarrollo del curso y el domicilio, causal de incumplimiento con la mayoría de las sesiones, en algunos casos las mujeres vieron amenazada la permanencia de su trabajo al pedir permisos para asistir a los cursos, razón por la cual prefirieron suspender su asistencia a los mismos.

En el caso de la institución donde se implementa la estrategia FAMI (Familia Mujer e Infancia), una de las entrevistadas considero la falta de presupuesto y el reducido espacio para llevar a cabo el buen desarrollo de las charlas y actividades como aspectos negativos, algo que fue evidente en el momento de realizar las entrevistas.

En cuanto a los aspectos positivos, en general afirmaron que los temas dictados eran buenos y que cumplían con los objetivos, no obstante en algunos casos aseguraron no estar familiarizadas con el termino LME, según ellas era la primera vez que lo escuchaban *"eso de LME nunca había escuchado hasta ahorita es que yo escucho eso, porque antes decían que es bueno darle leche materna, pero así que solo leche materna y por qué la verdad no, hasta ahorita yo le escucho a sumercé" [E017].*

Algunas mujeres refirieron que los consejos y recomendaciones recibidos eran puestos en práctica por quienes voluntaria y conscientemente querían hacerlo, si no lo consideraban importante no lo aplicaban *"cada quien cría a sus hijos como mejor cree que están, porque yo la verdad no puse nada en práctica" [E012]. "Lo que pasa es que hay gente que le entra por un oído y le sale por el otro, las toman por tomarlas, la idea es que uno las tome porque realmente las va a utilizar"[E004].*

Las madres durante el grupo focal manifestaron que la técnica de amamantamiento se enseñó en el curso psicoprofilactico de forma grupal, según lo relatado por las madres (multíparas), la técnica para lactar al bebe actual fue mejor en comparación con el anterior. En cuanto a la duración de cada toma, afirmaron que aunque los médicos les indicaron un tiempo, la realidad fue otra y este dependió de lo que el niño demoraba para alimentarse.

Las madres sugirieron que el personal de salud encargado de hacer las capacitaciones en LM fueran personas que ya hubieran tenido la experiencia de lactar, que se invitarán a madres que compartieran sus vivencias positivas o negativas con el fin de enseñar a las futuras madres lo que se debe o no hacer. Además señalaron que era necesario que el

equipo de salud enfatizara en la importancia que tiene la LM en la salud de los menores, para que las madres insistan en ofrecerla y cumplan con la LME.

Para lograr una LM exitosa, lo primero que se debe hacer es brindar a la madre consejería e información completa, eficaz y amable por parte del profesional de salud, esto le permitirá adquirir confianza para lactar a su hijo (UNICEF, 2004). En este estudio la mayoría de las madres asistieron a las capacitaciones en instituciones de salud ya que el 81% de la población afirmó tener afiliación como contribuyente, lo cual permite su fácil acceso a este tipo de actividades, esto coincidió con la ENSIN 2010 donde la institución de salud fue el lugar a donde más acudieron las madres a recibir capacitación en LM. González, Huespe Auchter, &Auchter (2008) en Argentina, observaron que la información sobre LM se recibió en el control prenatal y después del parto, esto sirvió para prolongar la LME hasta el 6to mes en un 48% y 40% respectivamente. Además fue el médico quien más proporcionó información y logró que el 54% de las madres diera LME hasta los 6 meses, otro grupo de progenitoras la recibió de las enfermeras y solo 34% mantuvo la LM hasta el 6to mes. Resultados opuestos se encontraron en la presente investigación ya que fueron las enfermeras quienes más suministraron información en LM, pero si concuerda con otro estudio también colombiano del 2001, donde fue el personal de enfermería con 85% quien más orientó sobre LM y solo 14% de los médicos proporcionó información(Cabrera A, Mateus S, &Carvajal B, 2003).

Según la ENSIN 2010 los temas que deben ser tratados durante la capacitación en LM son, beneficios, posición adecuada para amamantar, mecanismo de producción de leche, ventajas y la extracción manual, así mismo reportó como razones para no asistir a la capacitación: “la falta de información para asistir a la charla y que ya sabían sobre el tema”, resultados similares también fueron encontrados en algunas multíparas en este estudio. El éxito de la LM está en la información que reciban las madres antes del parto, primeros días después del mismo y durante los 2 primeros años de vida del bebé (ENSIN, 2010). La enseñanza de la LM debe comenzar desde edades pre-escolares en los juegos de roles que estimulen la creatividad y el aprendizaje (Díaz Argüelles, 2005).

Bocanegra García, 2007, en Perú, encontró que un gran grupo de 123 multíparas tenían un nivel de conocimiento calificado como aceptable en cuanto a LM. En este estudio, de 11 multíparas solo 8 acudieron a capacitaciones, aunque veían como aspecto positivo los temas recibidos, el conocimiento de los mismos dejó en entredicho la efectividad de los cursos, razón por la que la duración de la LME en este grupo no se diferenció con respecto a las primíparas. A las madres multíparas se les recomienda tener mayor conocimiento y confianza en sí mismas basadas en su experiencia anterior en LM (Al-Sahab, Lanes, Feldman, &Tamim, 2010).

7. Conclusiones

- ✓ No hubo práctica de LME durante los 6 primeros meses como indica la recomendación internacional, las razones para no tener LME durante el tiempo recomendado fueron la introducción temprana de fórmulas infantiles, uso agua e infusiones, prácticas que fueron recomendadas por los médicos y la abuela materna principalmente.
- ✓ En el grupo se identificó que las madres tienen un concepto errado sobre LME. Las madres están convencidas, que por seguir ofreciendo leche materna junto con otros alimentos en los 6 primeros meses, están cumpliendo con la recomendación de ofrecer LME.
- ✓ El inicio temprano de la LM no ocurrió en la primera hora posparto en todas las madres, solo en aquellas que tuvieron parto natural y sin complicaciones.
- ✓ Las madres multíparas no tuvieron apoyo intrahospitalario para iniciar la LM, porque el personal de salud asumió que ellas ya tenían suficiente experiencia. Ocurrió lo contrario con algunas madres primíparas, quienes contaron con la colaboración de la enfermera.
- ✓ En la mayoría de las madres multíparas se observó que la influencia negativa de la experiencia previa en LME con su primer hijo, lo cual se reflejó en el corto tiempo para dar leche materna como único alimento durante 6 meses, tanto con su hijo anterior como con su nuevo hijo.
- ✓ La inadecuada técnica de amamantamiento, ocasionó en algunas mujeres problemas de pezón que pudieron influir en el tiempo de LME.

8. Recomendaciones

- ➢ Integrar a las abuelas y familiares en actividades, para que sirvan como factor de apoyo a la LME, teniendo en cuenta sus creencias y nivel socio cultural, y llevando a cabo consejerías hasta los 2 años de edad del menor.
- ➢ En las capacitaciones en LM se debería enseñar y verificar la técnica de amamantamiento y la comprensión del concepto de LME en las madres primíparas y multíparas sin hacer distinción alguna.
- ➢ Reforzar el inicio de la LM en clínicas y hospitales para favorecer el contacto temprano entre madre e hijo, aprovechar el reflejo de succión y promover la introducción de la LM.
- ➢ Apoyar la LM a través de la consejería para prevenir los problemas de técnica de amamantamiento y evitar la interrupción temprana de la LME.

9. Referencias

Aarts, C, Kylberg, E, Hornell, A, Hofvander, Y, Gebre-Medhin, M & Greiner, T. 2000. How exclusive is breastfeeding? A comparison of data since birth with current status data. International Journal of Epidemiology.Volumen 29: Páginas 1041 - 1046.

Agostoni, C, Decsi, T, Fewtrell, M, Goulet, O, Kolacek, S, Koletzko, B, Michaelsen, K, Moreno, L, Puntis, J, Rigo, J, Shamir, R, Szajewska, H, Turck, D &Goudoever, J. 2012. Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. Journal of PediatricGastroenterology and Nutrition Volumen 46 Nº 1: Páginas 99 – 110.

Aguayo Maldonado, 2001. La lactancia materna. Capítulo 19. Lactancia materna durante el embarazo y en tándem. Editor Universidad de Sevilla. 394 páginas.

Al-Sahab, B, Lanes, A, Feldman, M &Tamim, H, 2010. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. BiomedcentralPediatrics. Volumen 10: Páginas 1 - 9.

Bocanegra García, S, 2007.Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en puérperas del Hospital Belén de Trujillo. Rev. Med. Vallejiana v.4 n.2.P.109-120.

Cabrera A, GA, Mateus S, JC &Carvajal B, R, 2003. Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Volumen 21: Páginas 27-41.

Cattaneo, A, Williams, C, Pallás Alonso, C, Hernández Aguilar, M, Lasarte Velillas, J, Landa Rivera, L, Rouw, E, Pina, M, Volta, A & Oudesluys Murphy, A. 2011. ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence? .Maternal and ChildNutrition Volumen 7 Nº 4: Páginas 335 – 343.

Comité de lactancia materna de la AEP, 2004. La lactancia materna: guía para profesionales. Monografía de la AEP nº 5. Editorial Ergón. Madrid.

Díaz Argüelles VM, 2005. La alimentación inadecuada del Lactante Sano Y sus Consecuencias. Revista Cubana de Pediatría. Volumen 77 Nº1.

Escobar, J & Bonilla Jiménez, F. 2009. Grupos focales: Una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología Volumen 9 Nº1: Páginas 51-67.

Forero Y, Isaács M, Rodríguez S, & Hernández, J. 2013. La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de la ciudad de Bogotá. Revista del Instituto Nacional de Salud Biomédica. Páginas 1 – 29.

Gamboa D, EM, López B, N, Prada G, GE & Gallo P, KY, 2008. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Revista chilena de nutrición Online. Volumen.35, Nº: Páginas 43 - 52.

Garfías Barrera, A, Márquez Cardozo, E, Moreno Aguilera, F & Bazán Castro, M, 2007. Factores de riesgo maternos y familiares que influyen en el abandono de la lactancia materna. Revista de especialidades médico quirúrgicas. Volumen 12 Nº 1: Páginas 53 - 57.
Gavilanes Parra, S, Manjarrez Hernández, A & Cravioto, A. 2002. Inmunoprotección por leche humana. Revista Mexicana de Pediatría Volumen 69 Nº 3: Páginas 111-119.

Gavilanes Parra, S, Manjarrez Hernández, A & Cravioto, A. 2002. Inmunoprotección por leche humana. Revista Mexicana de Pediatría Volumen 69 Nº 3: Páginas 111-119

González, IA, Huespe Auchter, MS, & Auchter, MC, 2008. Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. Revista de posgrado de la via cátedra de medicina. N° 177: páginas 1 - 5.

Hospital de Fontibon. Intranet [en línea]: <http://www.hospitalfontibon.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=168:en-2012-bogota-mejora-los-indices-de-lactancia-materna-obtenidos-el-ano-pasado&catid=3:noticias> [Consulta 06 dic. 2013]

Khassawneh, M, Khader, Y, Amarin, Z &Alkafajei, A, 2006.Knowledge, attitude and practice of breastfeeding in the north of Jordan: a cross-sectional study. International BreastfeedingJournal. Volumen 1 Nº 17: Páginas 1 - 6.

Jiménez M, R, Aranda, E, Aliaga, P, Alípaz, A, López, N, Rocha, S & Salazar, S. 2011.Beneficios nutricionales de la lactancia materna en menores de 6 meses. Revistamédica La Paz. Volumen 17 N° 2: Páginas 5 - 12.

Jones, J, Kogan, M, Singh, G, Dee, D & Laurence, M. 2011.Factors Associated With Exclusive Breastfeeding in the United States. Pediatrics Volumen 128 Nº 6: Páginas 1117 – 1126.

Kramer MS, Kakuma R. Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding.2002.The Cochrane Library, Nº 3.

Lawrence RA. 1996. La lactancia materna: una guía para la profesión médica. Edición Nº 4. Editor Mosby. Madrid.

Londoño, A & Mejía, M. 2010. 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 Volumen 9: Páginas 124-137.

Losa Iglesias, M, Rodríguez Vázquez, R &Becerro de Bengoa Vallejo, R, 2006. Papel de la abuela en la lactancia materna. Aquichan. Volumen 13 No. 2: Páginas 270 a 279.

Ludvigsson JF, 2003. Breastfeeding in Bolivia - information and attitudes.BMC Pediatrics.Volumen3 Nº4: Páginas 1 a 12.

Macia J, Álvarez JL & Aguilar MJ, 2005. Problemas maternos relacionados con las mamas. EditorElsevier. Madrid.

Macías, S, Rodríguez, S &Ronayne de Ferrer, P, 2006. Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. Archivo argentino de pediatría. Volumen 104 Nº 5: Páginas 423 a 430.

Merewood A, 2006. Raza, etnia y lactancia materna. Pediatrics (Ed esp). Volumen 62 Nº4: Página 649.

Ministerio de la Protección Social, Acción Social, UNICEF y Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas. 2010. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. Primera edición. Colombia.

Ministerio de la protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Nacional de Salud, Profamilia. 2011. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. ENSIN 2010: Capitulo 4 Lactancia Materna y Alimentación Complementaria. Primera edición. Da Vinci Editores &Cia S N C. Bogotá DC. 216 p.

Ministerio de Salud y Protección Social, Programa Mundial de Alimentos (PMA). [en línea]: Lineamientos técnicos para la implementación de las salas amigas de la familia lactante en el entorno laboral
2012.<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos%20t%C3%A9cnicos%20para%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20las%20salas%20amigas%20de%20la%20familia%20lactante%20en%20el%20entorno%20laboral.pdf>, [Consulta 26 jul. 2013]

Ministerio de Salud Chile, UNICEF. 1995. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Extraído y adaptado de Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. Editoras C Shellhorn, V Valdés.

Olaya, G & Fonseca, D. 2004. Relación entre el inicio temprano de la alimentación complementaria y la incidencia de diarrea y/o estreñimiento en niños menores de 4 meses. Lecturas sobre nutrición Volumen 11 Nº 46: Páginas 72 – 84.

Olaya, G & Serrano, A. 2004. Factores que inciden en el inicio temprano de la alimentación complementaria y su efecto en la velocidad de crecimiento en peso y longitud en niños menores de 4 meses del CAMI de Suba. Lecturas sobre nutrición Volumen 11 Nº 46: Páginas 39 – 54.

Olmo Navarro, JE, Molina-Ruano, MD, López Sánchez-Sánchez, R, Bermúdez-Ruiz, MI & Castaño-Molina, MA, 2008. Duración de la lactancia materna en el noroeste murciano. Matronas profesión. Volumen 9 Nº 2: Páginas 12 -16)

OMS, 1989. [en línea]: Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241561300.pdf>[Consulta: 29 oct. 2013].

OMS, 2000. [en línea]: Mastitis: causa y manejo. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf>[Consulta: 25 oct. 2013].

OMS, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI.2008. [en línea]: Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte 1 Definiciones. Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/en/index.html> [Consulta: 31 jul. 2013].

OMS. 2010. [en línea]: Centro de prensa. Notas descriptivas. Alimentación del lactante y del niño pequeño. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>[Consulta: 24 oct. 2013].

OMS. 2010. [en línea]: La alimentación del lactante y del niño pequeño. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf>[Consulta: 24 oct. 2013].

OMS. 2011. [en línea]: Centro de prensa. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños. Declaración 15 de enero de 2011. <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/index.html> [Consulta: 31 jul. 2013].

OPS. 2011. [en línea]: Proyectos y programas. AIEPI Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia. <http://new.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=909:aiepiatencin-integrada-a-las-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia&catid=832:descripcin-de-aiepi&Itemid=607> [Consulta: 01 ago. 2013].

Pallás CR, de la Cruz J, 2004. Antes de tiempo. Nacer muy pequeño. Ediciones Exlibris. Madrid.

Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Universidad de Antioquia, PAHO, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. 2005. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. ENSIN 2005: Capitulo 4 Lactancia Materna y Alimentación Complementaria. Primera edición. Bogotá DC. 445 p.

Ramírez de Materam, M, Materam, M, Chávez, G, Fiore, P, Cárdenas, A, 2003. Factores psicológicos y culturales de la lactancia materna en madres del centro ambulatorio Los Guayos y Centro Policlínico Valencia. Valencia, Estado de Carabobo. 2001 – 2002. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo Venezuela. (1): 21-7.

Renfrew JM, Ansell P, & Mackeod KL, 2003. Formula feed preparation: helping reduce the risks; a systematic review. ArchDisChild. Volumen 88: Páginas 855 - 858.

Sáenz Lozada, M & Camacho Lindo, A. 2007. Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. Revista de salud pública Volumen Nº 9: Páginas 587 – 594.

Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn L. 2005. [en linea]: The CDC guide to breastfeeding interventions. <http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/breastfeeding_interventions.pdf> [Consulta: 27 oct. 2013].

Sheeshka J, Potter B, Norrie E, Valaitis R, Adams G & Kuczynski L, 2001. Women's experiences breastfeeding in public places.*J Hum Lact.*Volumen17 Nº1: Páginas 31 - 38.

Spanó Nakano, AM, Guerreiro dos Reis, MC, Bistafa Pereira, MJ & Azevedo Gomes, F, 2007. El espacio social de mujeres y su referencia para el cuidado en la práctica de la lactancia. Rev Latino-americana Enfermagem. Volumen 15.

Strauss, A & Corbin, J. 2002. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editor Universidad de Antioquia. 341 páginas.

Sutherland, T, Pierce, CB, Blomquist, JL &Handa, VL, 2012.Breastfeeding Practices Among First-Time Mothers and Across Multiple Pregnancies. Maternal and Child Health Journal. Volumen 16 Nº 8: Páginas 1665-1671

The New York State.Department of Health. 2013. [en línea]: Why is Breastfeeding Important for your Baby? Breastfeeding For My Baby. For Me.<http://www.health.ny.gov/publications/2953.pdf>, [Consulta 27 jul. 2013]

Unicef. 2003. [en línea]: Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el Marco de Derechos. Manual para su aplicación "Por el interés superior del Niño". <http://www.unicef.org/colombia/pdf/IAMI-1.pdf> [Consulta 01 ago. 2013].

Unicef. 2004. [en línea]: Lactancia materna, una práctica ambiental. Ventajas de la lactancia materna. <http://www.unicef.org.co/Lactancia/ventajas.htm>, [Consulta 27 jul. 2013].

UNICEF, 2004. [en línea]: Lactancia materna. Una práctica ambiental. <http://www.unicef.org.co/Lactancia/index.html>[Consulta: 27 oct. 2013].

Unicef. 2007. [en línea]: Unicef Global Database and Additional Analysis 2007. <http://www.unicef.org/progressforchildren/2007n6/index_41511.htm> [Consulta 28 jul. 2013].

Unicef. 2008. [en línea]: Estado Mundial de la Infancia 2008. <http://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08-sp.pdf> [Consulta 28 jul. 2013]

Vayas Abascal, R & Carrera Romero, L, 2012. Actualización en el manejo de las mastitis infecciosas durante la lactancia materna. Rev clín med fam. Volumen Nº 5: Páginas 25 - 29.

Wen, LM, Simpson, JM, Rissel, C & Baur, LA, 2012.Awareness of Breastfeeding Recommendations And Duration of Breastfeeding: Findings from The Healthy Beginnings Trial. Breastfeeding medicine. Volumen 7, Nº 4: Páginas 223 - 229.

10. Anexos

Anexo 1

Ficha técnica – Información general
Proyecto de investigación
Razones que influyen en la disminución de la duración de la lactancia materna exclusiva en mujeres con hijos entre 6 y 12 meses

Fecha de aplicación de la entrevista: ___/ ___/ _____ (dd/mm/año) Entrevista Nº: ☐☐☐

Nombre de la madre: _____Edad: _____
Dirección de residencia: _____ Barrio: _____
e-mail de contacto: _____
Teléfono de contacto: _____
Afiliación al sistema de seguridad social:
Contributivo: ☐ Subsidiado: ☐ Vinculado: ☐
Nivel de SISBEN: ☐
Estrato socioeconómico: ☐ (verificar con recibo de servicio público)
Estado civil:

Casada	☐	Divorciada	☐
Soltera	☐	Separada	☐
Unión libre	☐	Viuda	☐

Es madre cabeza de familia: No ☐ Si ☐

Nivel Educativo:
Sabe leer y escribir: No ☐ Si ☐

Cuántos años de primaria cursó: _____
Cuántos años de bachillerato cursó: _____
Realizó estudios de educación superior: No ☐ Si ☐

Cuáles: _____ Qué estudió? _____

Completó los estudios: No ☐ Si ☐

Estudia actualmente: No ☐ Si ☐
Qué estudia: _____ Horario: _____

Total de horas de estudio: ☐

Situación laboral: Trabaja actualmente: No ☐ Si ☐

Independiente: ☐ Empleada: ☐

Tiempo completo: ☐ Medio tiempo: ☐ Por horas: ☐ Cuantas horas: ☐

Ingresos familiares: (Salario Mínimo Legal Vigente SLMV 2013 $589.500 pesos)
< 1 SMLV: ☐ 1 SMLV: ☐ 1-2 SMLV: ☐ 2 SMLV: ☐ >2 SMLV: ☐

Cuántos miembros de la familia aportan a los ingresos familiares: ☐

Tamaño de la familia (personas que comparten la vivienda: ☐ Adultos: ☐ Niños: ☐

Edad de los niños (años y meses, en orden descendente):

_____

Comparten vivienda con la abuela materna o paterna: No ☐ Si ☐

Fecha de nacimiento del menor lactante: ___/ ___/ _____ (dd/mm/año) Edad en meses: ☐

Sexo: F ☐ M ☐
Cuanto tiempo transcurrió entre el parto de su hijo anterior y el parto del niño actual? _____

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA
PROYECTO DE INVESTIGACION
Razones que influyen en la disminución de la duración de la lactancia materna exclusiva en mujeres con hijos entre 6 y 12 meses

Fecha de aplicación de la entrevista: _____ Entrevista Nº: | | | |
(dd/mm/año)

Nombre de la madre: _____

INFORMACION REFERENTE A LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PARA MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS:

Número de hijos (incluyendo el actual) _____
Edad del lactante: _____

1. ¿Qué alimentos ofreció a su hijo durante los primeros seis meses de vida?
2. ¿Además de la leche materna ofreció otros alimentos líquidos (agua, caldos, jugos) a su hijo antes de los 6 meses? ¿Qué o cuáles?, ¿Cuándo?, ¿Cómo los preparó y cómo se los ofreció?, ¿por qué?, ¿Quién lo recomendó?
3. ¿Qué es para usted la lactancia materna exclusiva?
4. ¿Ha recibido información sobre Lactancia Materna?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Quién se la dió? ,¿De forma individual o en grupo?, ¿escrita u oral?
5. ¿Qué recomendaciones o consejos recuerda de la información recibida sobre LME?
6. ¿Cuáles de esas recomendaciones pudo seguir en el momento de lactar?
7. ¿Después del parto, cuánto tiempo esperó para iniciar LME?, ¿Quién le apoyó?, ¿Tuvo algún problema para lactar al niño?, ¿Cuál?, ¿Qué hizo?
8. ¿Por qué debe dar lactancia materna?
9. ¿Por qué debe dar LME?
10. ¿Cómo le fué con la lactancia materna en los primeros 6 meses?, ¿Me podría contar cómo fue la experiencia de la lactancia materna en los primeros 6 meses?
11. ¿Tuvo alguna complicación con la lactancia en esos 6 primeros meses?, ¿Cuál, por qué, cómo la manejó, quién la apoyó, quién la orientó?
12. ¿Considera que hay situaciones en las cuales debería suspenderse la lactancia materna exclusiva?, ¿Sí o no?, ¿por qué?
13. ¿Qué edad tenía su hijo cuando dejó de darle lactancia materna exclusiva y por qué la suspendió?
14. ¿Quién la apoyó y le recomendó ofrecer leche materna exclusiva (esposo, abuela, vecina, amiga)?
15. ¿Quién le recomendó suspender la lactancia materna exclusiva (esposo, abuela, vecina, amiga)?
16. ¿Para usted era importante lactar a su hijo en el momento en que él lo requería, incluso en lugares públicos?
17. ¿Qué otra leche utilizó para alimentar a su hijo (formula infantil, leche de vaca), por qué prefirió esa leche?

INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MADRES MULTIPARAS:

18. ¿Cómo fue su experiencia con la lactancia materna exclusiva con su hijo anterior?
19. ¿Por cuánto tiempo ofreció solamente leche materna a su hijo anterior?
20. ¿Qué razones tuvo para suspender la lactancia materna con su hijo anterior?
21. De las capacitaciones recibidas en LME con su hijo anterior y con su nuevo hijo, ¿qué aspectos positivos destaca y cuáles negativos?

Transcripción Entrevistas Semiestructuradas

Realizadas a Madres con Hijos de 6 a 12 meses de Edad

Codificación aplicada durante la Transcripción:

EID	Entrevistadora Ivonne Díaz
E001	Entrevistada 001
E002	Entrevistada 002
E003	Entrevistada 003
E004	Entrevistada 004
E005	Entrevistada 005
E006	Entrevistada 006
E007	Entrevistada 007
E008	Entrevistada 008
E009	Entrevistada 009
E010	Entrevistada 010
E011	Entrevistada 011
E012	Entrevistada 012
E013	Entrevistada 013
E014	Entrevistada 014
E015	Entrevistada 015
E016	Entrevistada 016
E017	Entrevistada 017
E018	Entrevistada 018
E019	Entrevistada 019
E020	Entrevistada 020
E021	Entrevistada 021

Codificación Preguntas

Preguntas 1 a 17	**Información referente a LME para madres primíparas y multíparas.**
Preguntas 18 a 21	**Preguntas Información Exclusiva para madres multíparas.**

Anexo 2

CATEGORIAS PREDETERMINADAS:

INFORMACION REFERENTE A LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PARA MADRES PRIMÍPARAS Y MULTÍPARAS:

Inicio de LME

Alimentación del lactante

Comprensión Concepto LM y LME

Capacitación en LME

Interrupción LME

Complicaciones con LME

Influencia para ofrecer y suspender LME

Importancia de lactar a su hijo en cualquier momento y lugar.

INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MADRES MULTIPARAS

Duración LME con hijo anterior.

Experiencia LME con hijo anterior

Capacitaciones en LME con hijo anterior

CATEGORIAS EMERGENTES

Creencias que influencian la suspensión de la LME.

Lactancia materna exclusiva

Anexo 3

GUIA PARA DESARROLLO DE GRUPO FOCAL

Fecha: _____ **Lugar:** _____
A cargo de: _____**Nº de Participantes:** _____

Técnica de amamantamiento:

Describa el proceso como usted lacto a su hijo. (Posición de la madre, del niño, agarre, tiempo de lactancia, apoyo de otros).
Cómo les enseñaban la técnica de amamantamiento

Educación

1. Cual fue la información que recibió sobre LM y LME
2. Quien le dio la información y de quien recibió el apoyo para iniciar la LM
3. Le dieron algún material, qué le dieron
4.

Sugerencias desde la experiencia

1. Que recomendaría al equipo de salud para que las madres puedan cumplir con la LM
2. Cómo les gustaría que fueran las capacitaciones?