

**PRÁCTICAS DE DESTETE REALIZADAS POR UN GRUPO DE MADRES CON  
SUS HIJOS RESIDENTES EN EL ÁREA RURAL DEL MUNICIPIO DE SAN  
VICENTE DEL CAGUÁN, CAQUETÁ, SEGUNDO SEMESTRE DE 2008**



**BRUNILET RICO SÁNCHEZ**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA  
BOGOTA, D.C.  
NOVIEMBRE DE 2008**

**PRÁCTICAS DE DESTETE REALIZADAS POR UN GRUPO DE MADRES CON  
SUS HIJOS RESIDENTES EN EL ÁREA RURAL DEL MUNICIPIO DE SAN  
VICENTE DEL CAGUÁN, CAQUETÁ, SEGUNDO SEMESTRE DE 2008**

**BRUNILET RICO SÁNCHEZ**

**Directora**

**EDY SALAZAR**

**Docente facultad de enfermería PUJ**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE SALUD COLECTIVA  
BOGOTÁ, D.C.  
NOVIEMBRE DE 2008**

## CONTENIDO

	<b>pág.</b>
RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	10
1. PROBLEMA	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2 PREGUNTA PROBLEMA	15
1.3 DEFINICIÓN OPERATIVA	16
1.3.1 Destete	16
1.3.6 Practicas de destete	16
1.3.3 Madres del área rural de San Vicente del Caguán	17
2. JUSTIFICACIÓN	18
3. OBJETIVOS	22
3.1 GENERAL	22
3.2 ESPECÍFICOS	22
4. PROPÓSITOS	23
5. MARCO TEÓRICO	24
5.1 EDAD DEL DESTETE	31
5.1.1 Causas de destete prematuro	39

5.2 EL PROCESO DE DESTETE	39
5.2.1 Influencia social, familiar	41
5.3 PRACTICAS DE DESTETE	43
5.3.1 El destete en algunas culturas colombianas	44
5.4 TIPOS DE DESTETE	45
6. METODOLOGÍA	49
6.1 TIPO DE ESTUDIO	49
6.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA Y MUESTRA	49
6.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA	50
6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	50
6.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	50
6.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	52
6.7 CONSIDERACIONES ETICAS	52
7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	54
7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	54
7.1.1 Edad	55
7.1.2 Escolaridad	56
7.1.3 Número de hijos	57
7.2. ACCIONES DE LAS MADRES PREVIAS AL DESTETE	58
7.2.1 Edad del niño con lactancia materna exclusiva	58
7.2.2 Alimentación complementaria	65
7.2.3 Tipo de alimentos, inicio y continuidad	66
7.2.4 Elementos utilizados para la alimentación complementaria	69
7.3 ACCIONES DE DESTETE PROPIAMENTE DICHO	71
7.3.1 Edad del destete	71
7.3.2 Aplicación de sustancias para el destete	74
7.3.3 Consumo de sustancias para el destete	76
7.3.4 Uso de entretenedores para el destete	77

7.3.5 Tipo de destete	78
7.3.6 Influencia social y familiar para el destete	80
7.4 SENTIMIENTOS DE LA MADRE Y EL NIÑO (A) FRENTE AL DESTETE	81
7.4.1 Actitud del niño frente al destete	81
7.4.2 Sentimientos de la madre ante el destete	84
8. CONCLUSIONES	86
BIBLIOGRAFÍA	88
ANEXOS	94

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Número de hijos de las madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.	57
<b>Tabla 2.</b> Edad del niño con lactancia exclusiva, grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.	61
<b>Tabla 3.</b> Uso de elementos para iniciar la complementaria en el grupo de madres, municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.	70
<b>Tabla 4.</b> Edad suspensión de la lactancia materna (destete) por el grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.	73
<b>Tabla 5.</b> Uso de anticonceptivos orales combinados durante la lactancia materna por el grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.	76
<b>Tabla 6.</b> Uso de entretenedores por el grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.	78
<b>Tabla 7.</b> Tipo de destete por el grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.	79
<b>Tabla 8.</b> Influencia social y familiar para el destete en el grupo de madres,	

San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008. 80

**Tabla 9.** Actitud del niño ante el destete en el grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008. 82

**Tabla 10.** Sentimientos ante el destete en el grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008. 84

## LISTA DE GRAFICAS

	pág.
<b>Grafica No 1.</b> Rango de edad del grupo de madres de San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.	56
<b>Gráfica No 2.</b> Escolaridad de las madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.	57
<b>Grafica No 3.</b> Tipo de sustancia aplicada en los senos por el grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.	75

## **PRÁCTICAS DE DESTETE REALIZADAS POR UN GRUPO DE MADRES CON SUS HIJOS RESIDENTES EN EL ÁREA RURAL DEL MUNICIPIO DE SAN VICENTE DEL CAGUÁN, CAQUETÁ, SEGUNDO SEMESTRE DE 2008**

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Identificar las prácticas de destete utilizadas por un grupo de madres con sus hijos residentes en el área rural. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo realizado en área rural del municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá, mediante una entrevista semiestructurada a 20 madres de la región. **Resultados:** el promedio de edad para la lactancia exclusiva fue de 5.3 meses. El tipo de alimentación más frecuente para el inicio de la complementaria fue la colada de plátano preparada con leche entera de vaca. El promedio de edad para el destete fue de 16.2 meses. Las acciones identificadas para la finalización de la lactancia materna fueron la aplicación de sustancias y elementos tópicos: tinidazol, sábilas, vick vapurub y esparadrappo; y el consumo de anovulatorios hormonales combinados orales. El destete natural se presentó en el 50% de los casos y el porcentaje restante realizó un destete forzoso y paulatino.

**Palabras Clave:** Prácticas de destete, destete, finalización lactancia maternal

## **PRACTICES OF WEANING USED BY A GROUP OF MOTHERS WITH THEIR CHILDREN IN THE RURAL AREA OF THE MUNICIPALITY OF SAN VICENTE OF THE CAGUÁN, CAQUETÁ, SECOND SEMESTER OF 2008**

### **ABSTRACT**

**Aim:** To identify the practices of weaning used by a group of mothers with their children residents in the rural area. **Material and methods:** This was an retrospective-descriptive study carried out in rural area of the town of San Vicente del Caguán, Caquetá, by means of an semi-structured interview to 20 mothers from the area. **Results:** The average age for the lactation exclusively was of 5.3 months. The most frequent type of feeding for the beginning of the supplement was the preparation of prepared banana with whole milk of cow. The average age for the weaning was of 16.2 months. The identified actions for the ending of the maternal lactation were the application of substances and topical elements: tinidazol, sabilas, vick vaporub and adhesive bandage; and the consumption of mixed oral hormonal anovulatories. The natural weaning was presented in 50% of the cases and the remaining percentage carried out a mandatory and progressive weaning.

**Keywords:** Practices of weaning, weaning, ending of maternal lactation.

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un reflejo de los valores de cada cultura y como tal ha sufrido transformaciones a través del tiempo y ha tenido que adaptarse a cada periodo de auge o decadencia de su práctica, aun así, el amamantamiento ha estado presente en la historia de los pueblos, ha sido un tema tratado por los libros sagrados, los filósofos, los científicos, los moralistas, las madres, etc.<sup>1</sup> y como legado cultural ha sido también origen de mitos y tabúes, sobre todo cuando llega el periodo de destete del niño.

La madre es quien toma la decisión del destete; ella desea lo mejor para su hijo, pero en la mayoría de situaciones esta práctica la realiza precozmente, es decir antes del año, probablemente por desconocer los efectos nocivos para su hijo. La madre desconoce la recomendación de la OMS: “alimentar con leche materna exclusiva hasta los seis meses y continuarla hasta los dos años de edad con alimentación complementaria” Por consiguiente, la duración de la lactancia y el destete, está fuertemente influenciado por parámetros culturales, los cuales aconsejan que el momento del destete se relaciona con la aparición de los dientes, el nacimiento de un hermano, la incorporación de la madre al trabajo y la mastitis, entre otros.

Con estas premisas todos deciden participar en el destete del niño y proponen diversas prácticas, dan recomendaciones basándose más en sus opiniones personales (influidas muchas veces por mitos populares) que en razones científicas. En consecuencia la madre toma la decisión de utilizar diversas prácticas que pueden ser saludables o dañinas para el niño y así mismo al decidir

---

<sup>1</sup> DETTWYLER, Katherine. La hora del destete. En: <http://www.lli.org/Lang/Espanol/destete.html>

un destete precoz se afecta la salud y el crecimiento del niño, sobre todo en las poblaciones más vulnerables.

Con estas inquietudes y con el deseo de conocer la realidad sobre el tema, sobretodo en el área rural, este trabajo describe las prácticas del destete realizados por 20 mujeres del área rural del municipio de San Vicente del Caguán en el departamento del Caquetá. Para la recolección de la información se realizó una entrevista semiestructurada a este grupo de madres la cual incluía las acciones de la madre previas al destete, las acciones durante el destete propiamente dicho y las actitudes y sentimientos que genera el destete en la madre e hijo.

Las diferentes prácticas de destete que utilizaron las madres del área rural de San Vicente fueron efectivas para un destete satisfactorio, y se encontró que en este proceso hubo gran influencia de la familia y de los amigos, tanto como para el proceso de destete como para el inicio de la alimentación complementaria.

Además, se pudo identificar que el tipo de destete más utilizado fue el natural por razones manifestadas por ellas de abandono por parte del niño (a) del seno. Otras madres utilizaron la aplicación de sustancias tóxicas, y la ingesta de anovulatorios hormonales combinados orales, las cuales fueron muy efectivas para el destete, estas diferentes prácticas se tuvieron en cuenta para plantear una guía base en el proceso de destete.

## 1. PROBLEMA

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna es pilar fundamental en el crecimiento y desarrollo normal del niño, estimulando la constitución del vínculo madre-hijo y protegiendo a ambos de diversas patologías o problemas de salud. La lactancia materna es el alimento primordial de todo recién nacido, por ello la OMS reconoce la importancia de la leche materna, las ventajas que aporta a la vida del ser humano y recomienda lactar a los niños hasta los seis meses exclusivamente con la leche materna y continuar ésta práctica hasta los dos años acompañada de la alimentación complementaria, edad recomendada para el destete.

El destete es un proceso que consiste en el retiro paulatino o radical de la leche materna; culturalmente el destete se ha practicado de diferentes formas: cambio de alimento, del pecho al vaso, del pecho al biberón, del biberón al vaso, de la leche a los sólidos. Cada proceso de destete es concebido como una vivencia exclusiva de cada mujer sin importar la raza, nivel educativo, social, lugar de procedencia y cultura. Durante las últimas décadas se han realizado estudios que demuestran diferentes prácticas de cuidado que realizan las madres desde su misma cultura o costumbres. Estos estudios refieren que la decisión del destete depende de la madre y de las condiciones de cada niño; por ejemplo, la edad a la que se para o gatea, o la edad a la que se “acostumbra” a la comida.

El destete natural en las madres Guapireñas (Colombia) ocurre cuando los niños "ya comen", lo que para ellas significa: comer tres o cuatro veces al día, comer todo tipo de alimentos y recibir comida de otros miembros de la familia. En general se acepta que a los 10 meses muchos de los niños ya comen solos: "*Uno ve que empiezan a comer de todo...se lo comen todo, ya están grandes,*" "*Toman sopita,*

*toman compota, toman jugo*". El destete obligatorio ocurre principalmente en tres condiciones: un nuevo embarazo, escasez de leche o efectos negativos del amamantamiento sobre la salud de la madre. En el primer caso, se cree que la leche materna de la mujer en embarazo es "mala" para el niño ya que se asocia con episodios de diarrea y pérdida de peso. Las madres notan que los niños "se ponen flaquitos" y en muchas ocasiones esa es la prueba que confirma su nuevo embarazo. La escasez de leche es referida especialmente en las madres que lactan por menos de 6 meses. Estas madres refieren que les baja poca leche o que su leche es poco alimenticia: " *Yo tengo un problema, hasta los tres meses me baja leche (...) tengo que meter el tetero aunque no quiera*". " *Mi leche es balsuda, no se llenan quedan con hambre*". Este estudio muestra como las madres realizaron un proceso de destete desde sus conocimientos y modificaciones fisiológicas de su cuerpo, las cuales no reconocen relacionadas con la disminución de la frecuencia del amamantamiento.<sup>2</sup>

El destete obligatorio también ocurre cuando la madre refiere pérdida excesiva de peso o dolores de espalda: "(...) *toma mucho seno me acaba y me duele la espalda*"; " *No le puedo dar más porque me duele la espalda*". El destete obligatorio se puede reforzar de dos maneras: algunas madres destetan al niño de manera brusca apretándose el pezón por la noche para dormir con el fin de que el niño no succione, o se aplican hierbas en el pezón para que el niño lo aborrezca. Otra manera menos abrupta es introduciendo alimentos de sal en los horarios correspondientes al amamantamiento o alimentando con leche materna a los niños después del almuerzo, o suspendiendo el seno en las horas del día: " *Los niños ya no miran el seno porque están llenos*", " *Se prepara comida, se les da tetero, cuando ya comen no quieren más el seno*".

---

<sup>2</sup> ALVARADO, Beatriz Eugenia, TABARES, Rosa Elizabeth, DELISLE, Helene *et al.* Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. *ALAN*, ene. 2005, vol.55, no.1, p.55-63. ISSN 0004-0622.

No existen muchos estudios sobre la edad en que ocurre el destete en los países latinoamericanos, pero en Chile, por ejemplo, se acepta generalmente que la mayoría de los niños terminan el periodo de lactancia en los primeros años de vida. En Guatemala, en cambio el destete se produce al año de edad o aun más tarde. En Colombia, el periodo de lactancia es intermedio y dura generalmente entre los 6 y 9 meses.<sup>3</sup> Pero según diferentes estudios como es el de Graiteer y Colb encontraron diferencias entre las prácticas de destete en un medio urbano y rural; en el área urbana la edad media de destete fue de 12 meses y en el área rural de 18 meses.<sup>4</sup>

En comparación con las cifras de los Estados Unidos de América, se observa que los niveles más altos de mortalidad tienden a producirse en relación con el periodo de destete. En Chile, las cifras máximas de mortalidad ocurren en el grupo de edad de 6 a 11 meses, mientras que en Guatemala ocurren en el tercer año de vida. Colombia presenta una situación intermedia, con una probable máxima de mortalidad en el segundo año de vida.<sup>5</sup>

El periodo de destete es a menudo relativamente breve y el niño pasa en forma brusca a una alimentación adulta levemente modificada, o si esta es inaceptable, a una alimentación intermedia de líquidos que a menudo contienen poca cantidad de proteínas. En muchos lugares de América latina la leche de vaca es un alimento muy escaso y caro, sin embargo, en el periodo de destete, la madre no tiene otra alternativa, ya que los alimentos especialmente preparados requieren una manipulación cuidadosa y a conciencia. Como quiera que se considere el niño se encuentra en una situación de peligro. Por un lado, este pasa a un régimen

---

<sup>3</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Un programa de cuidados de la salud para la madre y el niño. OPS, 1966. Pág. 92-93

<sup>4</sup> GRAÍTCER P. ETA. "Current breast feeding and weaning practices in Haiti". Journal of Tropical Pediatric; February 1984, Vol. 30 p 10-16

<sup>5</sup> Ibíd. pág.11.

alimenticio que tiene un valor nutritivo variable y que posiblemente el niño tolera mal. Por otro lado, pasa a una alimentación de escaso contenido de proteínas, que puede prolongarse indefinidamente si contrae infecciones intestinales, lo que es corriente cuando la preparación de los alimentos no es higiénica. Además como pasa en Colombia, el inicio de la complementaria se realiza con mayor frecuencia con biberón, y el destete ocurre de igual manera, siendo este instrumento un factor de riesgo para infecciones gastrointestinales y respiratorias, además de los problemas de desnutrición derivados, dado que el niño no recibe los alimentos nutritivos necesarios para su crecimiento y desarrollo; sin tener estadísticas precisas ésta es una realidad en todo el país y que se está observando con mayor frecuencia ahora en el área rural.

En síntesis se puede afirmar que en las Américas el período de destete es crítico para la ecología nutricional del lactante y del preescolar, porque el reemplazo fortuito de la lactancia por una alimentación de adultos es inadecuado para el lactante y el preescolar.<sup>6</sup> Por el contrario, un destete natural, efectuado en forma gradual y cuidadosa, contribuirá al desarrollo físico, emocional y mental óptimo del niño.

## **1.2 PREGUNTA PROBLEMA.**

¿Cuáles son las prácticas de destete realizadas por un grupo de madres con sus hijos residentes en el área rural del municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá, segundo semestre de 2008?

---

<sup>6</sup> CASTILLA, Maria Victoria. La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad. Disponible en: <http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/laventan/ventana22/189-1-218.pdf>  
citado: 12-05-07

## 1.3 DEFINICIÓN OPERATIVA

**1.3.1 Destete.** El destete es la finalización o cesación del amamantamiento del infante. Se puede realizar de forma fácil y sin problemas, o de manera obligada y forzosa que lesiona la integridad de la madre y el niño. En este último caso el niño no acepta su nuevo cambio en la forma de alimentación, en consecuencia las madres comienzan a utilizar diferentes practicas para que el destete sea más fácil o que el niño termine rechazando el seno porque amamantar le produce incomodidad, mal sabor y sufrimiento<sup>7</sup>. Los tipos de destete son: natural, planeado o paulatino, abrupto o forzoso y obligatorio.

- **Destete natural.** Es cuando el niño determina el momento en que ha superado su necesidad de ser amamantado. Es importante recalcar que cada pequeño lo logrará realizar este proceso en diferentes tiempos y formas.
- **Destete planeado o paulatino.** Tanto la madre como el niño deciden llevar un proceso lento de destete el cual le permite al niño asimilar el cambio poco a poco
- **Destete abrupto o forzoso.** Es cuando la madre decide de un día para otro llevar a cabo este proceso por diversas causas como son: aspectos físicos, laborales, académicas, entre otras; es una de las formas menos adecuada para destetar a un niño es hacerlo abruptamente.
- **Destete Obligatorio.** Se lleva a cabo solamente en situaciones o casos inevitables, como la muerte o algún tipo de enfermedad que le impida continuar el amamantamiento.

**1.3.2 Practicas de destete.** Son las diferentes acciones, cuidados o procedimientos que realiza la madre para finalizar el amamantamiento del infante, teniendo en cuenta: la edad del niño, el proceso de destete (edad de lactancia

---

<sup>7</sup> Glosario de lactancia materna. Disponible en: [www.encolombia.com/lactancia\\_glosario39.htm](http://www.encolombia.com/lactancia_glosario39.htm)  
Fecha de consulta: 15-03-07

materna exclusiva, influencia social y familiar, tipo de alimentos con que inicio complementarios, lactancia materna complementaria), cuidados para facilitar el proceso de destete (uso de sustancias aplicadas sobre el seno para producir rechazo del niño, consumo de sustancias para disminuir la producción de la leche y uso de elementos de distracción) y tipos de destete.

**1.3.3 Madres residentes del área rural del municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá.** Son mujeres de diferentes edades con hijos menores de 5 años que han habitado en los últimos años en el área rural del municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá. De las cuales 20 participaron en la presente investigación aportando sus vivencias, creencias y sentimientos relacionados con el destete.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es un proceso único para el infante, porque le proporciona la alimentación ideal y los nutrientes necesarios de acuerdo con la edad y los requerimientos de crecimiento y desarrollo saludable. Reduce la incidencia y gravedad de enfermedades infecciosas (limpia, higiénica y saludable), disminuye la morbilidad y mortalidad infantil, proporciona al niño mayor resistencia a todo tipo de enfermedad y rara vez causa problemas alérgicos. Además, la madre y su hijo, obtienen gratificación emocional, establecen mayor vínculo afectivo, proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y la Nación y se disminuye el riesgo de maltrato infantil en contraposición con hijos de madres que no han sido amamantados.<sup>8</sup> Por todos estos beneficios que no tienen discusión, la OMS recomienda que se alimente al infante exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses y la lactancia natural se prolongue hasta los dos años con alimentación complementaria.<sup>9</sup>

En contraste, reducir la duración del amamantamiento es algo que puede afectar negativamente la salud de los infantes, independientemente del nivel socioeconómico y cultural de la familia. Entre los estratos poblacionales con mayores recursos económicos, mejores condiciones higiénicas, acceso a alimentos de alta calidad y servicios médicos, se ha visto que los niños no alimentados con leche materna, muestran mayor incidencia de infecciones, diabetes infantil, así como diferencias significativas en el desarrollo cognoscitivo y

---

<sup>8</sup> OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna. Rev Cubana Aliment Nutr 1993;7(1):6-7.

<sup>9</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Ginebra: 2001. Resolución WHA54.2 de la Asamblea Mundial de la Salud.

de la visión.<sup>10</sup> En países subdesarrollados se ha comprobado la estrecha relación que hay entre la presencia de enfermedades infecciosas y desnutrición en los niños no amamantados, a un grado tal, que se ha señalado para Latinoamérica más de 500 000 muertes anuales por diarreas en menores de 5 años, resultantes de infecciones intestinales y 14 veces mayor el riesgo de morir en esta región con el inicio precoz de la alimentación artificial.<sup>11</sup> Psicológicamente el destete va más allá de la retirada del pecho, supone el primer momento de separación de la madre, es la primera frustración que va a tener el bebé, la cual no se debe tanto, al cambio de alimentación, sino más bien a la modificación de las relaciones vinculares - afectivas con la madre.

El destete es un proceso natural que permite al niño independizarse de la madre y para que este paso no resulte traumático para ninguno de los dos, no debe hacerse bruscamente, sino de una manera pausada y gradual. La práctica del destete (desmame) en países en vía de desarrollo, como Colombia, están dadas por la cultura y por las circunstancias sociales que pueden facilitarla o hacer que se lleve de forma traumática para la madre y/o para el niño(a). Para la realización de este proceso de destete, la madre puede contar con algunos conocimientos dados por la familia y el equipo de salud, por experiencias previas con otros hijos o según la actitud que tome ella hacia la importancia de la lactancia materna.<sup>12</sup> Además, para llevar este proceso se debe tener en cuenta factores sociales como el ingreso económico de la familia, pues puede hacer que la madre este obligada a ayudar en el sustento económico familiar y decida trabajar. Por consiguiente el tiempo en horas diarias que la madre esté fuera del hogar trabajando la aleja de su hijo y en consecuencia se disminuye la producción de leche, el niño requiere

---

<sup>10</sup> HEINING JM y DEWEY K. Health advantages of breast-feeding for infants: A critical review. *Nutr Res Rev* 1996;9:89-110

<sup>11</sup> UNICEF. Lactancia materna. Material educativo. México DF: UNICEF

<sup>12</sup> SAMPER, B. Practicas de alimentación infantil en Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana; 1986.

ser iniciado precozmente en la alimentación complementaria, puede suceder que no acepte el alimento ofrecido y decida esperar a su madre para ser alimentado; en este momento la madre realiza diferentes practicas de destete, las cuales son o no favorables para el niño.

La inclusión del tipo de destete y el uso de diferentes prácticas, puede producir el rechazo del seno por del niño o cuando se realiza en común acuerdo con la madre, el destete es natural y no lesivo para el niño. El destete forzoso, dado por alguna causa (situación verdadera o inducida por múltiples presiones sociales, laborales, modas o por la presión ejercida por publicidad engañosa) que origina que la madre deje de forma abrupta el amamantamiento, ocasiona alteraciones emocionales en su hijo, hasta ahora no cuantificables o descritas de manera puntual. Culturalmente, las madres para llevar a cabo el proceso de destete, utilizan estrategias que puedan suplantar el seno como es el uso del biberón con leches “maternizadas”, introducción temprana de alimentos y el uso del chupo. En algunos lugares es costumbre, para el retiro del amamantamiento, el uso de plantas amargas unguadas en los senos para provocar rechazo por parte del niño o la niña.<sup>13</sup>

Desde hace varios años, el personal de enfermería no se ha interesado por conocer qué hacen las madres para destetar a su hijo, recomiendan la lactancia materna siguiendo las normas estipuladas por la Organización Mundial de la Salud, pero no se controla si se lleva a cabo de esta manera y más aun, cómo ocurre el destete, teniendo en cuenta la edad del niño, la forma de realizarlo y el tipo de destete utilizado. Por consiguiente, con el fin de conocer estos aspectos, el presente estudio describe las prácticas de destete utilizadas por un grupo de madres del área rural de San Vicente del Caguán, donde el destete parece ser

---

<sup>13</sup> CAMINO, Lupe. lactancia: una práctica que trasciende los tiempos. Revista Peruana de Epidemiología – Vol. 8 No 2, diciembre 1995. En: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/epidemiologia/v08\\_n2/lactancia.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/epidemiologia/v08_n2/lactancia.htm) Citado: 25-07-08

que se está realizando precozmente y no como hace algunos años cuando la madre destetaba a su hijo después de los tres años.

Además, con esta investigación se pretende plantear una guía de cuidados maternos que engloben las costumbres y creencias que favorecen un destete natural; así como, poder descubrir otras formas aplicables y de éxito narradas por las madres del grupo estudio y poder responder de forma eficiente preguntas como: ¿a qué edad se debe destetar al niño? ¿Quién toma la decisión del destete, el niño o la madre? ¿Cuáles son las prácticas de destete menos agresivas para el niño? ¿Cuáles son las prácticas de destete afectivas y efectivas para el niño?.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 GENERAL**

Identificar las prácticas de destete utilizadas por un grupo de madres con sus hijos residentes en el área rural del municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá, segundo semestre de 2008.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Identificar algunas características sociodemográficas de las madres que pueden influir en el destete, teniendo en cuenta edad, escolaridad, estrato socioeconómico, ocupación y número de hijos.
- Describir las acciones realizadas por las madres antes del destete, teniendo en cuenta la edad del niño con lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria (tipo de alimentos y elementos para iniciarla y continuarla) y continuidad de la lactancia materna.
- Identificar las acciones realizadas por las madres durante el destete propiamente dicho teniendo en cuenta la edad del destete, la aplicación de sustancias tóxicas, consumo de sustancias, usos de entretenedores para el destete y la influencia social y familiar.
- Identificar los sentimientos y actitudes de la madre y su hijo frente al destete.

#### **4. PROPÓSITOS**

- Comprender las diferentes prácticas culturales que tienen las madres en el proceso de destete de los niños.
- Brindar información que pueda ser utilizada para ofrecer un cuidado integral en el proceso de destete de los niños.
- Aportar una guía acerca de procedimientos de destete benéficos para la madre y su hijo en el área rural teniendo en cuenta las características de las madres de San Vicente de Cagúan.

## 5. MARCO TEÓRICO

Según la OMS la lactancia materna es el mejor comienzo en la relación madre-hijo, cubre las necesidades afectivas, nutritivas e inmunológicas del infante, al igual que ejerce un factor de protección para ciertas enfermedades en la madre-hijo. Para que todos estos beneficios sean dados, la OMS recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y con complementaria hasta los dos años de edad del infante. Nadie duda de las bondades de la lactancia materna en los primeros seis meses de vida y después, sin embargo, para algunos la necesidad de esta práctica deja de existir conforme el niño o la niña cruzan la barrera de los 6 a los 12 meses, intervalo de edad, cuando la madre, empieza a pensar en el destete por diferentes circunstancias de conocimientos, creencias o por reinicio de la jornada laboral.<sup>14</sup>

Aún cuando, se ha desplegado una intensa labor de promoción de la lactancia materna en los diferentes países del mundo y principalmente en Latinoamérica; este período coincidió y fue reforzado con la publicación - adopción del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna en 1981, la implantación de los *Hospitales Amigos del Niño y de la Madre* en 1989, de las Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI), y la emisión en el 2001 por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de hacer cumplir “la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y prologarla junto a alimentos complementarios hasta los dos años”. Aun así todos estos esfuerzos el destete se presenta en diversas edades del niño antes de que cumpla los dos años de edad, es decir esta política no se cumple a

---

<sup>14</sup> ROMERO ROY, María Elena y JIMENO SALGADO, José Francisco. La lactancia Materna en el niño mayor. Medicina naturista, 2006; N°10:646-652. I.S.S.N.:1576-3080

satisfacción, incluso en culturas con altas tasas de amamantamiento en el primer año de vida.<sup>15, 16</sup>

Por este camino, relacionado con reducción de la duración del amamantamiento, se puede afectar negativamente la salud de los infantes, independiente del nivel socioeconómico de la familia, porque entre los estratos poblacionales con mayores recursos económicos, mejores condiciones higiénicas, acceso a alimentos de alta calidad y a servicios médicos, se ha visto que también el destete es aun más prematuro y así mismo se incrementan las infecciones respiratorias y gastrointestinales. Es importante reiterar que los niños alimentados al seno materno de forma exitosa, muestran menor incidencia de infecciones de oído y diabetes infantil, así como diferencias significativas en el desarrollo cognoscitivo y de la visión, al ser comparados con niños alimentados con sucedáneos de la leche humana<sup>17</sup>.

En las áreas rurales y en los grupos de bajo nivel socioeconómico, la prolongación de la lactancia al seno materno durante todo el primer año se asocia con una mayor probabilidad de sobrevivir ese mismo periodo<sup>18</sup>. Asimismo, se ha demostrado que la lactancia ofrece beneficios a las madres de cualquier nivel socioeconómico, ya que dar alimentación al seno disminuye las posibilidades y riesgos de presentar hemorragias en el posparto, desarrollar cáncer mamario, y

---

<sup>15</sup> WHO. La duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Comunicado de prensa N°. 7 de abril 2, 2001.

<sup>16</sup> ESPINOZA. Lucia. The relationship between family structure and exclusive breastfeeding prevalence in Nicaragua. Salud Pública Mex. 2002 Nov-Dic;44 (6): pág 499-507

<sup>17</sup> HEINING, Jane. Health advantages of breast-feeding for infants: A critical review. Nutrition Research Reviews 1996;9:89-110. En: [http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FNRR%2FNRR9\\_01%2FS095442249600008Xa.pdf&code=3f8a6bf2009a9ede0244640216120c97](http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FNRR%2FNRR9_01%2FS095442249600008Xa.pdf&code=3f8a6bf2009a9ede0244640216120c97) Citado: 25-07-08

<sup>18</sup> THAPA, Shyan. Breast-feeding, birth spacing and their effects on child survival. Nature 1988;335:679-682. En: <http://www.nature.com/nature/journal/v335/n6192/abs/335679a0.html> Citado: 25-07-08

ser útil como método para espaciar las gestaciones por supresión transitoria de la ovulación.<sup>19</sup>

La promoción de la lactancia materna en las culturas modernas y el rescate como alimentación ideal para los niños, juega un rol fundamental en la percepción de las madres, de que el amamantamiento es un acto que proporciona oportunidades de respuestas inmediatas y satisfactorias a las necesidades del niño en todas sus dimensiones (física-inmunológica, afectiva, intelectual, crecimiento-desarrollo, seguridad y protección específica); y más aun cuando, se refuerza con factores psicológicos de la madre, autoestima, vínculo afectivo, contacto corporal, costumbres sociales, apoyo de la pareja y apoyo de la familia<sup>20</sup>.

Entonces, se puede decir que el periodo de lactancia es la continuidad del nexo entre la alimentación intrauterina a través de la placenta, la alimentación infantil a través del seno materno y la alimentación del adulto dada por todo recurso de desarrollo socioeconómico humano; es decir la práctica de la lactancia es la estrategia más cercana que favorece el desarrollo del niño a través de la vida. Así mismo, favorece el desarrollo orgánico de todo su ser, un ejemplo se da con el sistema digestivo del recién nacido que es inmaduro y gradualmente la leche materna favorece su maduración biofisiológica, hasta prepararlo para poder digerir y absorber los alimentos de la infancia y la vida adulta.

Pero, el nexo de la lactancia materna no se debe interrumpir abruptamente, sino se debe realizar de forma paulatina, para que los beneficios de la leche materna sean recibidos en relación con las necesidades biológicas del niño, como fuente esencial de los primeros nutrientes durante sus primeros meses de vida. Así la

---

<sup>19</sup>. ROMIEU, Isabelle, Et al. Breast cancer and lactation history in Mexican women. American Journal of Epidemiology. 1996;143: 543-552.

<sup>20</sup>LAWRENCE, R.A. La Lactancia Materna. Mosby /Doyma Libre .S.A. Madrid. 1996. 183 – 205.

sustitución es progresiva y la inclusión de otras fuentes no es abrupta y obligada. De esta manera los alimentos sólidos o complementarios llegan al niño, con buen grado de aceptación por él, dando continuidad al seno materno. Pero, cuando el amamantamiento se suspende y el niño se convierte de lactante en omnívoro, a este proceso se le conoce con el nombre de DESTETE y representa uno de los eventos dietéticos cruciales en la vida del niño. (Whitehead, 1985).

Durante los dos primeros años de vida del niño, se realizan los mayores cambios en la alimentación, es recomendable seguir el siguiente patrón: A los seis meses, pasar de una dieta líquida a base de leche materna a una serie variada de alimentos líquidos, blandos, semisólidos y sólidos, conocidos como el *Beikost*; después continuar con leche materna y alimentación complementaria hasta los dos años, para finalmente suspender el amamantamiento y conducir progresivamente hacia un patrón de alimentación de tipo adulto. Es el período que se conoce como el “destete”, el *weaning* de los anglosajones, y constituye un período de gran trascendencia en la vida del niño<sup>21</sup>.

El destete se debe realizar de forma gradual, sería ideal que finalizara en el tercer año de vida del niño; pero todo depende de diferentes circunstancias y decisiones maternas; es decir, así como, puede iniciarse precozmente (antes de los seis meses), puede prolongarse hasta el segundo año y finalizar al tercer año de vida. Durante este proceso, no solo, se suspende el amamantamiento, sino que se rompen algunos de los lazos afectivos entre madre e hijo, lazos que se forjaron desde antes del nacimiento y reforzaron durante el amamantamiento. Por tal motivo, el destete no se debe tomar “tan a la ligera”, porque al unísono del amamantamiento, el niño crea una relación afectiva muy fuerte con su madre y así mismo, igual que el destete progresivo se debe preparar al niño para nuevas relaciones afectivas con otros seres del mundo que lo rodea. Este proceso de

---

<sup>21</sup> CORMENZANA, Victoria. El Destete: un periodo crucial en la nutrición del niño. Rev Pediatría Atención Primaria. 2006; 8 Supl I: S69-81.

destete conduce a que el niño deja de ser “el feto exógeno” como se le ha llamado, unido a la madre por su seno (dependiendo totalmente de éste para sobrevivir) y con el destete, comienza el niño a intentar saciar la curiosidad y el deseo innato de independencia. Los horizontes del pequeño se amplían, gatea y/o camina y empieza a explorar el mundo nuevo en el cual aprende a conocer, reconocer, apreciar y habituarse a los alimentos sólidos<sup>22</sup>.

Se puede decir que el término destete es diferente a alimentación complementaria y suplementaria. Destete es la supresión del amamantamiento, la alimentación suplementaria es la introducción de cualquier tipo de alimento lácteo, o no lácteo, como suplemento a la leche materna, dado diariamente de un modo regular y en cantidades significativas. Alimentación complementaria es la continuidad de la alimentación con leche materna, más la inclusión de otros alimentos que se dan tras la toma del seno, con el fin de suplir toda necesidad y demandas nutritivas del niño. Estos alimentos son ofrecidos con cuchara y nunca con biberón, para que no interfieran con el proceso de succión, y tienen como objetivo compensar al niño con otros nutrientes que no los aporta la leche materna y que son necesarios para el crecimiento y desarrollo del niño después de los seis meses de edad.

Se ha considerado, no solo por tradición, sino por investigaciones, que la edad de dos años es apropiada para iniciar el destete y a los 6 meses para iniciar la complementaria, como ya se dijo. Fisiológicamente, a los seis meses el niño está desarrollado para hacer uso biológico de otros alimentos, los cuales se deben incluir progresivamente teniendo en cuenta el desarrollo sensorio-motriz del niño. Un ejemplo es la aparición de los dientes para iniciar los alimentos sólidos, es decir se establece esta relación con la consistencia de los alimentos y la maduración del sistema digestivo y sus anexos (hígado y páncreas). La dieta, particularmente en la etapa infantil, juega un papel determinante en el crecimiento

---

<sup>22</sup> Seminario Panamericano Sobre Lactancia Materna Para Facultades De Enfermería (1989 Jun. 26-30: Washington). Educación en lactancia para los profesionales de la salud / Seminario Panamericano Sobre Lactancia Materna. Washington: OPS, 1990.

y desarrollo del ser humano. Se ha demostrado que durante los dos primeros años de vida, el acelerado crecimiento demanda una cantidad de energía y nutrientes por kilogramo de peso corporal relativamente mayor en comparación con otras etapas de la vida en condiciones fisiológicas normales<sup>23</sup>.

Son múltiples los factores determinantes de la calidad de la dieta, entre los que se destacan la cultura, el contexto social, la condición económica, la disponibilidad de alimentos y los hábitos alimenticios. Otro aspecto clave en la alimentación infantil es la edad para introducir alimentos semisólidos, en este sentido, interesa no sólo el tipo de alimento incluido, sino, la cantidad, la densidad nutricional de los alimentos, la frecuencia de consumo diaria, entre otras situaciones que afectan positiva o negativamente la calidad nutricional de la dieta y, por ende, la nutrición del infante<sup>24-25</sup>. Desde el punto de vista de las necesidades nutricionales, de maduración fisiológica y de salud inmunológica del niño, darle alimentos diferentes a la leche humana antes de los seis meses, no solamente no es necesario, sino puede ser peligroso para la salud del niño (Akre, 1989), puesto que se interrumpe el patrón alimentario que ha desarrollado la madre, se reduce la producción de leche, aumenta el riesgo de infecciones y alergias y para la madre aumenta el riesgo de una nueva gestación (Labbok, 1989<sup>a</sup>, 1989b).

El mecanismo de regulación natural de la fertilidad que produce la lactancia pierde su efectividad cuando la lactancia se interrumpe por largos periodos de tiempo o es incompleta debido a la administración de sucedáneos de la leche materna tales

---

<sup>23</sup> GREINER, Ted. "Sustained breastfeeding, complementatin and care". Food Nutr. Bull. 1995; 16:313-19. En: <http://www.unu.edu/unupress/food/8F164e/8F164E06.htm> Citado: 25-07-08.

<sup>24</sup> CARMUEGA E. y O'Donnell A. (1 998). "La calidad de la dieta en los primeros años de vida". En: Hoy y mañana. Salud y calidad de vida de la niñez argentina. Argentina: Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil CESNI p. 157-194.

<sup>25</sup> CARMUEGA E., O'Donnell A. "La alimentación complementaria: Bases científicas para el consejo alimentario durante los trascendentes primeros dos años de la vida". Bol.CESNI vol.7. nov. 1998.

como las formulas lácteas. Es más práctico, fisiológico, saludable e incluso económico dar un suplemento alimentario a la madre nodriza que introducir al niño precozmente a otros alimentos, incluyendo otras leches diferentes a la humana, esta afirmación la realizó Gueri en 1980, cuando aún era común esta práctica; dado que en la actualidad ya no se utilizan las nodrizas por los riesgos para la salud del niño. La edad del niño no es el único factor determinante en el destete, hay otros factores que deben tomarse en cuenta: deseo de la madre, decisión del niño, la madre va a ingresar al trabajo, la cultura la presiona porque le dice que el niño al año debe destetarse, los mitos y las creencias sobre el deterioro del desarrollo emocional y mental del niño y otros aspectos que serán mencionados a medida que se amplíe esta revisión teórica.

Con frecuencia el inicio del destete da lugar al ciclo desnutrición-enfermedad diarreica-infección. Con la introducción de nuevos alimentos se facilita la invasión al aparato gastrointestinal infantil de microorganismos patógenos. Estos microorganismos no solamente pueden hallarse presente en los alimentos sino en las manos de la persona que alimenta al niño o en los utensilios. Según Underwood “Es durante este periodo de transición de la alimentación al seno a la dieta familiar que la exposición a los patógenos ambientales es más intensa, la probabilidad de la ingesta nutricional es más grande y el trauma emocional debido al contacto menos íntimo entre la madre y el niño es mas estresante. La combinación de todo esto puede desbordar la capacidad fisiológica y psicológica de adaptación del lactante” (Underwood, 1985).

Estos problemas ocasionados por los malos hábitos de destete, son debidos generalmente a que los alimentos semisólidos son introducidos de forma precoz y abrupta en la vida del niño, antes de que esté preparado fisiológicamente para utilizarlos o, menos frecuentemente, demasiado tarde cuando ya la leche materna ha sido insuficiente para proporcionar los nutrientes en cantidades suficientes para cubrir las necesidades del niño. Otros problemas potenciales, asociados con

la práctica del destete, están relacionados con la baja concentración de energía y otros nutrientes en los alimentos utilizados, la frecuencia con que los mismos son administrados y su cantidad y calidad en términos nutritivos y de higiene (Ashworth y Feacham, 1985).

Todo este proceso de alimentación del niño durante el destete, consume tiempo y requiere paciencia. Cuando las madres tienen que dedicar gran parte de su tiempo al trabajo en el hogar o fuera del mismo, o cuando la responsabilidad de alimentar al pequeño se delega a otras personas, hay más probabilidades que no se le alimente al niño correctamente. Existen varias alternativas para enfrentarse a este problema: la educación es la estrategia fundamental para conseguir que el destete se lleve a cabo con éxito, educación que debe iniciarse mucho antes que comience el destete.

La mujer debe concebir el embarazo, parto, lactancia y destete como un proceso, no como una serie de episodios independientes entre sí. Por tanto, la información y la educación deben tratar sobre todo el proceso y debe iniciarse lo antes posible durante el embarazo, preferiblemente de manera individual durante la consulta de crecimiento y desarrollo del niño y con mensajes masivos por los medios de comunicación. Estos tienen la ventaja que pueden afectar y modificar favorablemente los conocimientos y actitudes de otros miembros de la familia y otras mujeres jóvenes antes de que sean madres.

## **5.1 EDAD DEL DESTETE**

Es de fundamental importancia que el destete se inicie en el momento oportuno, las consecuencias de hacerlo muy precozmente o demasiado tarde suelen acarrear problemas al bebé. Cuando el niño recibe alimentos diferentes a la leche materna antes de que su organismo esté preparado para asimilarlos, puede provocarle trastornos digestivos, alergias, intolerancia a los alimentos y también

diarrea infecciosa. Igualmente, el retraso de la incorporación de alimentos diferentes a la leche en la dieta del bebé, provoca desnutrición, porque la leche materna no es suficiente para satisfacer los requerimientos de crecimiento y desarrollo adecuado del niño. Es importante tener en cuenta al respecto que la clave para entender las normas que rigen la alimentación infantil es el conocimiento de las bases científicas sobre las que se apoyan las recomendaciones para la edad de introducción de los sólidos en la dieta.

La alimentación complementaria precoz tiene unos efectos inmediatos sobre la salud de los niños en los países en vías de desarrollo. Las escasas posibilidades de conseguir alternativas adecuadas a la leche materna, la contaminación microbiana de los alimentos y los líquidos, la sustitución de la lactancia materna por alimentos menos nutritivos y el cese de ésta, son factores de máxima trascendencia. Existen muchas evidencias que apoyan la continuación de la lactancia materna en los primeros meses y años de vida del niño para reducir la morbilidad y la mortalidad infantil, sobre todo en los países en vía de desarrollo<sup>26</sup>.

Además, cada día existen mayores evidencias de que la dieta del lactante puede tener un efecto sobre la salud infantil y la edad adulta. Por ejemplo, un estudio realizado en Australia muestra una significativa reducción del riesgo de asma infantil asociado con la lactancia materna exclusiva por lo menos durante cuatro meses<sup>27</sup>. Existen también estudios observacionales que implican la ingestión de proteínas de leche de vaca como factor desencadenante de la diabetes mellitus insulino-dependiente<sup>28</sup>, aunque esto no se ha podido confirmar en otros estudios

---

<sup>26</sup> WHO/NUT. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: WHO; 1998.

<sup>27</sup> Oddy WH, et al. Association between breast feeding and asthma in 6 year old children; findings of a prospective birth cohort study. *BMJ*. 1999;319:815-819.

<sup>28</sup> KOLB H, Pozzilli P. Cows milk and type 1 diabetes; the gut immune system deserves attention. *Immunol Today*. 1999;120:108-110.

similares. No obstante, actualmente se está desarrollando un estudio prospectivo y controlado de carácter multicéntrico e internacional, con el fin de esclarecer la relación entre diabetes insulino dependiente y la dieta del lactante<sup>29</sup>. No se ha observado relación entre la edad de introducción de los sólidos con padecer de obesidad, hipertensión, enfermedad coronaria y osteoporosis en la edad adulta<sup>30</sup>. El bajo peso al año de edad, así como el bajo peso al nacimiento, se asocian con mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y diabetes insulino dependiente en la vida adulta<sup>31</sup>. Más recientemente, el grupo que dirige Barker<sup>32</sup> ha publicado que independientemente del peso al nacimiento, la escasa ganancia ponderal durante la lactancia se asocia con mayor riesgo de enfermedad coronaria.

Otros determinantes muy importantes de la edad adecuada para el destete son la maduración fisiológica de las funciones gastrointestinales y renales. En primer lugar, en los lactantes hay una permeabilidad intestinal muy alta para las macromoléculas, lo que puede provocar una sensibilización inmune<sup>33</sup>. Por otro lado, los alimentos con un alto contenido en solutos pueden necesitar concentrar la orina a un grado que puede sobrepasar la capacidad renal de los lactantes pequeños y esto puede ser especialmente importante en los niños con diarrea. Esto tiene hoy menos importancia en los países desarrollados, donde la hipernatremia se ha convertido en un problema raro, desde que se usan fórmulas

---

<sup>29</sup> Trial to Reduce IDDM in the Genetically at Risk. TRIGR. Fecha de consulta: 15-03-08. Disponible en: [www.TRIGR.org](http://www.TRIGR.org)

<sup>30</sup> KLEINMAN. Ronald. Complementary feeding and later health. *Pediatrics*. 2000;No 5, Vol 106 pág:1287-1290.

<sup>31</sup> BARKER DJP. *Mothers, babies and disease in later life*. London: BMJ Publications Group; 1994.

<sup>32</sup> ERIKSSON J.G. Et al. Early growth and coronary heart disease in later life: longitudinal study. *BMJ*. Medical publication of year 2001;322:949-953. ( 21 April ) En: <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/322/7292/949> Citado: 15-03-08

<sup>33</sup> KOLL, Vitoria. Cow's milk protein sensitive enteropathy. In: Businco L, Oehling A, Renner B, Moran J, eds. *Food Allergy in Infancy*. Madrid: Garsi; 1992. p. 165-177.

infantiles con una baja carga osmolar de solutos. Por último tenemos que plantear para determinar el momento óptimo para la introducción de los sólidos en la dieta, la interferencia que pueden ocasionar los alimentos diferentes a la leche materna en la biodisponibilidad de nutrientes muy importantes que se encuentran en ella como son el hierro y el zinc.

Las recomendaciones internacionales apoyan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la OMS en mayo de 2001 recomendó esta pauta como una política global de salud pública<sup>34</sup>. Esta recomendación se basó en la revisión de conocimientos científicos acerca de la alimentación complementaria en los países en desarrollo<sup>35</sup>. La revisión sistemática realizada por la OMS, no encontró riesgos aparentes en recomendar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses como una política de salud pública tanto para países desarrollados como en vías de desarrollo.

No obstante, los reviewers de esta revisión sistemática encontraron algunos defectos metodológicos en los estudios. No se pueden excluir pequeños efectos adversos en los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante 6 meses, por lo que ellos recomiendan que los niños sean tratados individualmente y si existe un crecimiento inadecuado o algún problema en su evolución, se deberá instaurar una actuación apropiada<sup>36</sup>. En un metanálisis posterior<sup>37</sup> se muestra que existe muy escasa evidencia para reafirmar o rechazar las recomendaciones de la OMS de introducir los sólidos en la dieta entre los 4-6

---

<sup>34</sup> WHO. Fifty-fourth World Health Assembly. WHA54.2. Agenda item 13.1. Infant and young child nutrition. 18/may/2001. Geneve: WHO; 2001

<sup>35</sup> WHO/NUT/98.1. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: WHO; 1998.

<sup>36</sup> KD Foote, y LD Marrito. Weaning of infants. Arch Dis Child. 2003;88:488-492.

<sup>37</sup> JA Lanigan, Et al. Systematic review concerning the age of introduction of complementary foods to the healthy full-term infant. Eur J Clin Nutr. 2001; 55:309-320. En: <http://www.nature.com/ejcn/journal/v55/n5/abs/1601168a.html> Citado: 03-05-08

meses de edad. Hay que subrayar que los autores identifican algunos subgrupos poblacionales que pueden beneficiarse de la introducción de alimentos complementarios más temprano que la mayoría de la población; como en la revisión realizada por la OMS, todos los estudios en este metanálisis tienen fallos metodológicos.

En los países de América y en otros países europeos, la práctica habitual es que el comienzo del destete no sea antes de los 4 meses de edad, pero es frecuente la discusión de si se debe retrasar de forma generalizada hasta los 6 meses de edad. El debate se plantea en dos términos: por un lado, si la lactancia materna exclusiva es adecuada para la correcta nutrición y crecimiento de todos los niños hasta los 6 meses y, por otro, los riesgos, especialmente de infección, asociados al destete temprano.

En relación con el crecimiento, existen dos estudios aleatorizados realizados en Honduras<sup>38</sup> que aseguran la inocuidad de la lactancia materna prolongada. En ellos no se ha visto ninguna mejora en el crecimiento, ni más o menos incidentes o morbilidad por la introducción de la alimentación complementaria a los 4 meses con relación a continuar con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Sin embargo, otros estudios realizados en la India<sup>39</sup> contradicen estas observaciones.

En los estudios realizados por la OMS<sup>40</sup> hace ya algunos años también se mostraba una desaceleración del crecimiento en los niños lactados exclusivamente al pecho durante 6 meses. No obstante, estos estudios utilizaban

---

<sup>38</sup> DEWEY, Katryn. Et al. Age of introduction of complementary foods and growth of term, low birth weight, breast-fed infants: a randomised intervention study in Honduras. *Am J Clin Nutr.* 1999;69:679-686.

<sup>39</sup> PADMADAS Sabu. Et al. Weaning initiation patterns and subsequent linear growth progression among children aged 2-4 years in India. *Int J Epidemiol.* 2002;31:855-863.

<sup>40</sup> WHO. Working Group on Infant Growth. An evaluation of infant growth. Geneva: WHO; 1994.

las tablas de referencia internacional WHO/NCHS que fueron realizadas con niños alimentados artificialmente, por lo que se corre el riesgo de introducir los alimentos sólidos más temprano de lo necesario si se siguen utilizando tablas de referencia que son para otros grupos poblacionales y no para los latinos, quienes tienen otros parámetros de talla diferentes<sup>41</sup>. En el Reino Unido se han elaborado tablas de crecimiento basadas en niños alimentados exclusivamente al seno<sup>42</sup> y en ellas se ven unas diferencias notables con las tablas de percentiles estándar. Por tanto, son necesarios estudios sobre el efecto de la edad del destete en el crecimiento con el uso de tablas adecuadas a poblaciones con percentiles específicos de crecimiento (talla y peso de los niños).

Desde el punto de vista nutricional la pregunta más importante es: ¿hasta cuándo puede una madre alimentar exclusivamente a su hijo con leche materna antes de que haya una necesidad nutricional de introducir otros alimentos adicionales en la dieta? Para la mayoría de los niños sanos recién nacidos a término, un volumen suficiente de leche materna procedente de una madre bien nutrida cubre las necesidades de nutrientes de un lactante hasta aproximadamente los 6 meses de edad<sup>43</sup>. Las únicas excepciones son la vitamina D<sup>44</sup>, que puede constituir un problema si no se recibe suficiente luz solar, y el zinc que disminuye su contenido

---

<sup>41</sup> WHITEHEAD, RG. Long-term adequacy of exclusive breast feeding: how scientific research has led to revised opinions. *Proc Nutr Soc.* 2000;59:17

<sup>42</sup> COLE, TJ. Et al. Weight reference charts for British long term breast fed infants. *Acta Paediatr.* 2002;91:1296-1300.

<sup>43</sup> FLEISHER Michaelson. Feeding and nutrition of infants and young children. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No. 87; 2000. Fecha de consulta: 17-09-07. Disponible en: [www.euro.who.int/document/WS\\_115\\_2000FE.pdf](http://www.euro.who.int/document/WS_115_2000FE.pdf)

<sup>44</sup> DEWEY KG. Nutrition, growth, and complementary feeding of the breastfed infant. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:87-104.

fisiológico en la leche materna durante los 6 meses posparto, y puede llevar a un déficit relativo marginal de zinc en los lactantes de más de 4-5 meses<sup>45</sup>.

Otros micros nutrientes que pueden ocasionalmente ser deficientes antes de los 6 meses de edad en algunos niños lactados de forma exclusiva son el hierro, las vitaminas A, B12 y la riboflavina. Desde el punto de vista de las infecciones, en los casos en los que el destete se produce entre los 4-6 meses, en los países en vías de desarrollo, ya está bien documentado que las diarreas y las enfermedades respiratorias son más frecuentes entre los niños que introducen los sólidos de manera temprana que en aquellos que permanecen con lactancia materna<sup>46</sup>.

En los países industrializados las cosas son algo diferentes. Las diarreas infecciosas son cada vez menos frecuentes a pesar de la introducción más precoz de los sólidos en la dieta. Además, existen pocos estudios que examinan los efectos sobre la salud a corto plazo de la introducción de los sólidos en la dieta. En un estudio de hace algunos años realizado por Forsyth acerca de la relación entre la introducción temprana de alimentos sólidos e los infantes y sus consecuencias durante sus primeros dos años de vida, mostraba que no había un incremento en las enfermedades gastrointestinales en los niños en los que se habían introducido los sólidos antes de las 12 semanas comparado con aquellos en los que se les habían introducido los sólidos más tarde. Sin embargo, estos niños presentaban más enfermedades respiratorias a las 14-26 semanas. Una reevaluación, años más tarde, de esta misma cohorte de niños<sup>47</sup> ponía de

---

<sup>45</sup> JALLA S. Et al. Zinc absorption and exchangeable zinc pool sizes in breastfed infants fed meat or cereal as first complementary food. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2002;34:35-41.

<sup>46</sup> LÓPEZ DE ROMANA G. Infant feeding practices and their relationship with diarrheal and other disease in Huascar (Lima). *Pediatrics.* 1989;83:31-40.

<sup>47</sup> WILSON, AC. Relation of infant diet to childhood health: seven years follow up of a cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ.* 1998;316:21-25.

manifiesto un incremento del asma, en el peso y la grasa corporal en los niños de 6-10 años de edad que habían recibido sólidos precozmente.

No obstante, no está claro si la introducción de sólidos temprana es la causa del aumento de peso y la grasa corporal o si los niños grandes demandan los sólidos más temprano. La única evidencia en los países industrializados de alguna ventaja de la lactancia materna exclusiva de 6 meses de duración sobre una de 4 meses, es un estudio de intervención llevado a cabo en la república de Belarus<sup>48</sup> que pone de manifiesto un menor riesgo de infección del tracto gastrointestinal. De esta información se puede deducir que la lactancia materna exclusiva es segura durante los 6 primeros meses, aunque se necesitan amplios estudios aleatorizados para conocer mejor si hay algún efecto sobre el crecimiento o la morbilidad.

En la mayoría de los países europeos se recomienda que el destete comience entre los 4 y los 6 meses. En el Reino Unido el comité de nutrición (SECAN) avaló la recomendación de la OMS de una lactancia materna exclusiva durante 6 meses, pero añadió un comentario a esta recomendación: “debemos ser algo flexibles con el consejo, pero no se debe introducir ningún alimento complementario antes de finalizar el cuarto mes”. La práctica a seguir teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS es muy difícil para la mayoría de las mujeres, mientras no aumenten los permisos y licencias de maternidad. Las recomendaciones de la OMS no tienen en cuenta las diferencias en los requerimientos de nutrientes entre los niños lactados exclusivamente con el seno materno y los que reciben una lactancia artificial o mixta. Pero, es bien cierto que si un niño se alimenta con leche materna y leche de fórmula, las concentraciones de nutrientes se pueden incrementar a tal punto que se presenta alto riesgo de sobre peso y obesidad.

---

<sup>48</sup> KRAMMER, MS. Et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT); a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA. 2001;285:413-420.

**5.1.1 Causas de destete prematuro.** El destete puede ser causado por diferentes situaciones como nos indica el estudio de “factores asociados al destete precoz en la Habana Cuba” El 53,80 % de los niños nacidos en el período analizado fueron privados de las ventajas de la lactancia materna al igual que sus madres, este porcentaje se elevó al 77,70 % en el grupo de bajo peso al nacer. Las causas más frecuentes de abandono de la lactancia, dependientes de la madre, fueron la hipogalactia y el ambiente familiar inadecuado; mientras que dependientes del niño fue, el niño que "no se llena". La condición de ser estudiante y ama de casa fueron los principales factores relacionados con la madre asociados al destete precoz. El nivel de información recibido antes del embarazo fue bajo, no así durante y después del mismo. <sup>49</sup>

## **5.2 EL PROCESO DE DESTETE**

El destete es un proceso de adaptación del bebé, no sólo en el aspecto nutricional, sino también en lo emocional y en lo social. Constituye un paso fundamental en la conquista de la independencia con relación a su madre y también en su integración al medio que lo rodea. Debe realizarse de forma lenta y cuidadosa y evitar cambios bruscos que puedan atentar contra su bienestar físico y emocional.<sup>50</sup> El proceso del destete debe hacerse de una forma gradual, lo mejor suele ser reemplazar una toma cada vez con una papilla o vaso, según su edad y grado de desarrollo.

---

<sup>49</sup> PERAZA ROQUE, Georgina, SOTO MARCELO, Mercedes, DE LA LLERA SUAREZ, Elina *et al.* Factores asociados al destete precoz. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [online]. mayo-jun. 1999, vol.15, no.3 [citado 01 Marzo 2008], p.278-284. Disponible en la World Wide Web: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-0&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-0&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-2125.

<sup>50</sup> EIGENMANN PA. An internet-based survey on the circumstances of food-induced reactions following the diagnosis of IgE-mediated food allergy. *Allergy.* 2002;57:449-453.

Suele ser recomendable sustituir una toma de leche materna en la mañana o mediodía por un alimento familiar o almuerzo cotidiano, ya que se suprime la producción de leche con mayor facilidad. Cuando el infante se ha adaptado a la sustitución de una toma, se sustituye una segunda toma, normalmente no consecutiva. El proceso se repite hasta que sólo se mantienen las mamadas de la mañana y de la noche, que finalmente se abandonan gradualmente. Las mamadas de la mañana y de la noche pueden mantenerse durante varios meses, y muchos niños y niñas toman el pecho después del segundo año, sobre todo en esos momentos. Las madres que quieren destetar parcialmente de forma precoz, a los tres meses, pueden seguir dando el pecho por la mañana y por la noche. Esto resulta especialmente adecuado para la madre que trabaja. La mamá puede dar el pecho a su bebé antes de irse y al regresar y seguir amamantando los fines de semana. La ventaja de continuar con esta toma es que los dos, madres e hijo, se sienten consolados.<sup>51</sup>

Se debe evitar un destete brusco aunque a veces puede ser irremediable, los bebés no lo aceptan bien (lloran más) y puede provocar dificultades digestivas. Por otra parte las molestias para la madre son mucho mayores; porque al dejar de lactar repentinamente sus senos se congestionan o se pueden complicar con una obstrucción de conductos que puede terminar en una mastitis o en un absceso mamario. Para prevenir estos problemas se sugiere ofrecer una pequeña toma al bebé al notar la inflamación y desocupar el seno posteriormente con ayuda de un sacaleches o de manera manual. Otra posibilidad consiste en darse un baño de agua caliente (para dilatar los conductos y relajar la musculatura) y masajear con delicadeza, tratando de sacar algunas gotas. Con el destete gradual, la disminución de la secreción de leche y la involución de la glándula mamaria ocurre lentamente evitando problemas. Luego, suprimir tomas de forma progresiva, semana a semana, hasta completar el destete, es un proceso que puede durar

---

<sup>51</sup> Asociación Española de Pediatría. Grupo de Apoyo a la lactancia Materna y Crianza. En: <http://www.lactando.org/infolac/destete.pdf>

poco o prolongarse durante dos o tres meses, todo depende de la respuesta del niño. Si se ha decidido de antemano en qué fecha quiere que esté destetado, se tendrá que empezar con este proceso, como mínimo un mes antes.<sup>52</sup>

Para algunas madres, el destete debería comenzar entre los 4 y los 6 meses de edad. Dentro de este intervalo de edades, las consideraciones sobre la madurez de las funciones gastrointestinales o la carga renal de solutos no deben constituir una gran preocupación a la hora de elegir los alimentos en los niños sanos, aunque se deben cumplir las siguientes condiciones: la sal no debe ser añadida a ningún alimento infantil ni debe ser usada en su preparación; los alimentos o frutas ácidas se introducen después del año y algunos después de los dos años, de igual forma algunos alimentos proteicos o muy nutritivos como el huevo, se inician después del año. Todas estas preocupaciones y cuidados se relacionan con posibles alergias o intolerancias que pueden presentarse en relación con la madurez biológica del sistema gastrointestinal. Aunque el origen etiológico de las intolerancias alimenticias a menudo es poco claro, parece prudente retrasar la introducción de los alimentos que más comúnmente se asocian con las enfermedades atópicas y las enteropatías. La lista de estos alimentos también incluye fuera de los ya mencionados: la leche de vaca, el pescado, la soja, las nueces y los cereales que contienen gluten como el trigo, la cebada y el centeno<sup>53</sup>.

**5.2.1 Influencia social, familiar en el destete.** Diferentes estudios concluyeron que, aunque no fuera relevante, la influencia del padre no era tan importante como la influencia del viejo compañero de los niños: el chupete. El riesgo de dejar de amamantar en niños que usaron chupetes era de 3 a 16 veces mayor que en niños que no usaron chupetes. Incluso el Profesor Silveira, comenta que la presencia del

---

<sup>52</sup> Ibíd, página 5.

<sup>53</sup> KOLETZKO, B. Complementary foods and the development of food allergy. *Pediatrics*. 2000; 106:1285-1286.

padre es uno de los factores más influyentes en el destete precoz”, esta situación en la actualidad no se tiene en cuenta en Colombia. En ocasiones el padre juega un papel importante en el proceso de destete, mediante una forma de acompañamiento para que las relaciones padre- hijo sean más fuertes.<sup>54</sup>

Pero, aun así la madre y sus abuelas terminan tomando la decisión de destetar al niño. Ésta es una influencia importante, puesto que tanto la bisabuelas, abuelas, tías y hasta primas participan en el proceso de destete del niño, a través de sus diferentes culturas y creencias y mitos; algunas sugieren que realicen diferentes prácticas de destete las cuales pueden ser forzosas. Entre estas prácticas se encontraron las creencias y costumbres que se tienen de aplicarse ahí en el pezón, lo cual el niño al momento de buscar el seno, percibe el sabor desagradable y aborrece la lactancia. Esta es una actividad muy común que practican las madres colombianas.

A pesar de los intentos de las organizaciones internacionales y mundiales (OMS, UNICEF) por fomentar la lactancia materna, es una práctica que ha ido disminuyendo de nuevo en las últimas décadas, situación inducida por múltiples presiones sociales, laborales, modas, publicidad engañosa, y/o también por la falta de conocimientos de pediatras, matronas, enfermeras y sobre todo se relaciona también con los siguientes aspectos:

- Mamar a cierta edad es “vicio”.
- Ritmo de vida actual.
- Por creencias y mitos: es mejor la lactancia artificial.
- Las mujeres piensan que no lactar es un signo de modernidad.
- La lactancia materna prolongada afecta al bebe negativamente en su dimensión emocional y psicológica, haciéndolo más consentido y dependiente.

---

<sup>54</sup> La Alianza Mundial pro Lactancia Materna. Influencia padre-hijo. Fecha de consulta: 24-06-08. Disponible en: <http://www.waba.org.my/gims/mstf/vol4no3spa.doc>

### 5.3 PRÁCTICAS DE DESTETE

Las prácticas de destete se ven influenciadas por las costumbres culturales, que cada familia suele tener. El pediatra Felipe Palacios nos comenta que la etapa de los 6 meses, es necesaria para avanzar con el desarrollo integral del niño. Además, porque en la madre disminuye la cantidad de la leche natural (no la calidad) y no alcanza a saciar el hambre de su hijo.

Dentro de este proceso, Janeth Illescas, especialista en estimulación temprana, también sugiere suplantarlo por el jarro de pico alargado o la taza. Esto incluso para que no se le dañen las piezas dentarias (por la lactosa), el paladar y las encías.

El pecho de la noche es el último en retirarse (después del año) porque los niños son más dependientes de sus madres para dormir. Cuando se ha llegado a este punto, Guillén y Cañizares recomiendan dialogar con el infante antes del retiro total.

Al año el pequeño entiende lo que se le dice, solo es cuestión de repetirlo una y otra vez, señala Illescas. Hay que explicarle la verdad de lo que le vamos a hacer, lo que le va a pasar y cumplir con la palabra”, dice Guillén. Eso evitará el constante llanto y resentimiento posterior del infante.

Cañizares rescata el hecho de llegar a una negociación, para manejar mejor la situación y la relación madre e hijo. Por ejemplo, comprarles platillos y jarros especiales. “A los niños y niñas siempre les resulta una novedad enorme poderse alimentar solos y tener en sus manos objetos llamativos y coloridos”.

Para el pediatra Palacios, colocar sustancias de mal sabor (ají, limón, sábila, quinina...) en el pezón para que el niño rechace el seno es una técnica brusca y primitiva. Cuando el destete es brusco puede provocar desadaptación (cambio inusual de comportamiento), precisa Cañizares.

También el permanente llanto, berrinches, ansiedad, inseguridad y desesperación por encontrar ese objeto que le alimentaba. En fin, se altera el bienestar emocional, perjudica el equilibrio psicológico y puede presentarse retrasos y traumas.

Pocos datos hay sobre los métodos especiales usados para el destete. Un médico había recomendado el uso de miel diluida en la leche materna para ese fin (PARDAL, [1937?], 116). En el occidente de Colombia ha sido práctica tradicional la de untar los pezones con ají bravo.<sup>55</sup>

**5.3.1 El destete en algunas culturas colombianas.** En un estudio realizado en Colombia con indígenas de varias culturas se identificó que la población Embera, el destete se lleva a cabo a los 2 años de edad del niño y las madres se realizan baños de hierbas en los senos, mientras que otras culturas como la waunana el proceso de destete se da cuando el niño decida sin importar la edad. Las mujeres wayuu realizan el destete entre 1 a 4 años de edad del niño. La cultura Páez, prolonga la lactancia materna de 2 a 5 años y piensan que es la edad adecuada para realizarlo. Es interesante ver como otras culturas tiene un proceso de destete según el género como es Los Pastos, en las niñas al año y en los niños a los dos años y la complementan con coladas de maíz y otras leches. Durante este estudio se encontró que hay culturas que manejan el destete de distintas formas entre ellas está que las madres witoto, destetan a sus hijos hasta que la madre quede

---

<sup>55</sup> PATIÑO, Víctor Manuel. Vida Erótica y Costumbres Higiénicas. Historia de la Cultura Material en la América Equinoccial. tomo 7

embarazada, y tienen un buen concepto de la importancia de la leche materna, reconocen que el calostro es de “beneficio para el niño”.<sup>56</sup>

Otro estudio realizado en Colombia, denominado “Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos”<sup>57</sup>, permitió identificar que la práctica de la lactancia materna fue iniciada en todas las madres entrevistadas. Las razones para su inicio no son muy claras, algunas de las madres reconocen que la leche materna ayuda al desarrollo temprano del niño (gatear o caminar) o es un buen alimento en caso de enfermedad como la diarrea. Otras madres relacionaron el contenido de la leche con el estado general del niño, por ejemplo, la leche “balsuda” enflaquece al niño, mientras que la leche “pesada” los engorda y les demora el aprendizaje de la marcha. Muy pocas reconocen sus efectos en el crecimiento. El ideal de la cultura de Guapi es que la lactancia materna debe durar de 18 meses a 24 meses. Las parteras comentan que existía la creencia que las niñas deberían ser alimentadas por menos tiempo que los niños: *“las niñas deben alimentarse hasta los 18 meses, mientras que los niños hasta los dos años”*. Según sus creencias, las niñas alimentadas con seno por mucho tiempo se volvían de “naturaleza caliente” en la adultez. Las madres relatan que el destete más temprano en las niñas era recomendado por las abuelas, pero que ellas no ponen en práctica esta creencia con sus hijos.<sup>58</sup>

#### 5.4 TIPOS DE DESTETE

---

<sup>56</sup> DUQUE, Maria Claudia y SALAZAR Edy. Terrenos de la gran expedición Humana, Serie Reportes De Investigación # 2, cuidado de las personas de los procesos de la salud y enfermedad en comunidades indígenas y negras. Página 211-215

<sup>57</sup> ALVARADO, Beatriz Eugenia; TABARES, Rosa Elizabeth. Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. Disponible en: [http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222005000100008&lng=es&nrm=iso](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222005000100008&lng=es&nrm=iso).

<sup>58</sup> El Destete del seno materno. Fecha de consulta: 19-09-07. Disponible en: <http://blog.360.yahoo.com/blog-2JN98d4ydLwD4w97BelHSQ--?cq=1&p=61>

El destete es la finalización del amamantamiento del niño, el cual se puede llevar en forma fácil y sin problemas, aunque en algunas ocasiones el destete puede ser forzoso, debido a que el niño no acepta su nuevo cambio en la forma de alimentación, por lo cual las madres comienzan a utilizar diferentes practicas para que el destete sea más fácil<sup>59</sup>. Por lo cual la misma sociedad ha implementado muchas creencias o tabúes para que el proceso de destete sea más fácil tanto para la madre como el niño.

Se debe tener en cuenta que el destete no solo es un cambio en la dieta del niño, sino que es un asunto muy serio con gran repercusión emocional para él y para la madre. El niño puede experimentar sentimientos de frustración y de abandono, al no entender por qué su madre le niega algo tan importante para él; la madre, a su vez, puede experimentar sentimientos de pérdida y de tristeza por haber tenido que cambiar esta forma de relación íntima con su hijo. Por lo cual, se encuentra que el destete se puede llevar de diferentes formas como son: destete natural, destete paulatino, destete forzoso y destete obligatorio.

- **Destete Natural.** El destete natural a menudo, ha sido entendido como una ruptura decidida por la madre en relación con la continuidad de la lactancia. Pero el destete también puede ser un proceso natural y espontáneo, el hijo va dejando de necesitar la lactancia materna y la madre lo apoya y ayuda en su proceso de madurez. Esto es lo que se llama destete natural, un proceso cuyo momento del adiós final a la lactancia no está preconcebido sino que se ajusta al momento en que el niño por si mismo supera su necesidad de mamar.<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> Child Trauma. Definición vínculo. Fecha de consulta: 05-09-07. Disponible en: <http://www.childtrauma.org/ctamaterials/Glosario.asp>

<sup>60</sup> ROMERO ROY, María Elena y JIMENO SALGADO, José Francisco: Destete natural. Medicina naturista, 2006; N.º10:639-645. I.S.S.N.:1576-3080

Cuando se amamanta a un bebé que tiene más de un año, es común que las madres se sientan presionadas por amigos y familiares a destetar, ya que la sociedad no está acostumbrada a las lactancias prolongadas (amamantar más allá del tiempo que la mayoría de las madres en esta sociedad lo hacen), por lo tanto es muy recomendable buscar un grupo de apoyo para compartir experiencias con otras madres que se encuentran en circunstancias similares.<sup>61</sup>

- **Destete Paulatino.** Lo mejor es que el destete se dé en forma lenta y gradual, para que tanto la madre como el bebé aprendan otra forma de alimentación, y de comunicación, ya que el amamantamiento no solamente significa alimento sino un lugar donde sentirse seguro y confiado para continuar con su desarrollo.
- **Destete forzoso.** En algunas ocasiones el destete se hace inevitable por causas personales. Cuando el destete ha de ser impuesto, por un motivo totalmente justificado, antes de que la madre o el niño estén preparados para ello, ambos necesitaran apoyo y comprensión. De todas formas, antes de tomar esa decisión, sería de gran importancia que la madre buscara información contrastada sobre la necesidad de ese destete, ya que con demasiada frecuencia se tiende a inhibir lactancias sin una justificación científica real.<sup>62</sup> A su vez, un destete brusco y prematuro puede ser el origen de sentimientos de inseguridad perjudiciales para el equilibrio psicológico del niño, al obligarlo a afrontar una independencia de su madre incompatible con su estado de madurez.
- **Destete abrupto.** Se presenta cuando no se toma tiempo de preparación física ni emocional para el destete, y es traumático tanto para la madre como para el infante, esto se debe a varias razones; la incomodidad física y las potenciales

---

<sup>61</sup> El Destete del seno materno. Fecha de consulta: 16-10-07. Disponible en: <http://blog.360.yahoo.com/blog-2JN98d4ydLwD4w97BelHSQ--?cq=1&p=61>

<sup>62</sup> SERRANO AGUAYO, Pilar. Alimentación complementaria y destete en el niño. En: Lactancia Materna. Josefa Aguayo Maldonado (Ed.) Universidad de Sevilla. 2001

complicaciones para la salud de la madre, ya que a pesar de que la madre deja de dar el pecho, su cuerpo sigue produciendo la leche y al no ser extraída sus senos se congestionarán y esto puede desembocar en una mastitis o en un absceso mamario.

Para evitar este tipo de situaciones se recomienda extraer solamente un poco de leche, de forma que no se sientan los pechos adoloridos, pero teniendo cuidado de no vaciar la glándula mamaria, ya que esto hará que se produzca más leche. Poco a poco se espaciará la extracción de leche hasta que en un par de semanas no se tenga que hacer más. En este tipo de casos no es recomendable vendarse los senos, debido a que cualquier presión constante en los pechos puede obstruir un conducto y generar una infección en la glándula. Para aliviar un poco la molestia por la congestión de los pechos, se pueden colocar compresas frías. Por el contrario un destete gradual evita las molestias que se presentan en las madres, como son este tipo de la congestión mamaria y la obstrucción de conductos por retención de leche de forma brusca.<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> Ibíd. Pág. 22

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 TIPO DE ESTUDIO**

Estudio descriptivo y retrospectivo que utilizó algunos elementos de la investigación cualitativa y cuantitativa en la presentación y análisis de la información.

Es descriptivo porque muestra las prácticas de destete utilizadas por 20 mujeres del área rural del municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá, quienes narraron sus experiencias y acciones de destete de forma abierta y libre tal cual como fue realizada esta práctica. Es retrospectiva porque se llevó a las madres a recordar las experiencias vividas con su último hijo menor de cinco años.

Es cuantitativa porque utiliza algunas medidas de frecuencia en la presentación y análisis de la información y así mismo, de manera cualitativa enriquece la información con testimonios de las madres sobre la práctica real, vivida y realizada.

### **6.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA**

Son todas las mujeres con hijos del área rural del municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá, de la vereda Troncales, quienes han practicado el proceso de destete.

### **6.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Fueron 20 mujeres de la vereda Troncales que asistieron al puesto de salud a los programas de Control de Crecimiento y Desarrollo y Planificación Familiar. El número de mujeres seleccionado se dio por la asistencia programada a estos controles durante los meses de julio y agosto de 2008. Asistiendo 20 mujeres residentes en la zona, motivo del tamaño de la muestra.

### **6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

- Pertenecer al área rural del municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá.
- Estar asistiendo al programa de control de crecimiento y desarrollo y planificación familiar.
- Haber experimentado por lo menos un proceso de destete.
- Tener al menos un hijo a quien practicó un proceso de destete.
- Aceptación voluntaria para participar en el estudio con diligenciamiento del consentimiento informado.
- Tener firmado el consentimiento informado por los participantes.

### **6.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La recolección de la información tuvo el siguiente proceso:

- Se da a conocer la propuesta de investigación a la enfermera coordinadora de área del Hospital San Rafael del municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá, quien se muestra interesada y recomienda una vereda donde se podría recolectar la información (vereda Troncales). Posterior a esto se procede a hacer contacto con la auxiliar de enfermería encargada de la atención primaria en el puesto de salud de esta zona del municipio.
- En este lugar se tiene la oportunidad de residir durante los meses de julio y agosto, tiempo que se aprovechó para la realización de las entrevistas (recolección de la información) previamente diseñadas.
- El primer contacto que se tuvo con las madres participantes de esta investigación fue en el momento en que ellas visitaron al puesto de salud para cumplir con la cita programada por enfermería de los programas de crecimiento y desarrollo o planificación familiar. Durante la atención hubo un espacio donde se explicó a cada una de ellas el objetivo, propósito y metodología de investigación, y por último se pidió consentimiento verbal para hacer una visita domiciliaria y aplicar allí el instrumento, con el fin de que ellas se sintieran cómodas al momento de contestar las preguntas para el logro de los objetivos propuestos.
- Estando en el sitio de residencia de cada una de las madres (finca) se explica nuevamente los objetivos de la investigación y la forma como se recogería la información. Es entonces cuando se diligencia el consentimiento informado (anexo 1) y se hace firmar.
- Después se procede a aplicar el instrumento (anexo 2) prediseñado. A medida que se hacían las preguntas, ellas iban recordando diferentes prácticas durante el proceso de destete, mostrando interés en la investigación y a la vez logrando una conversación amena con cada una de ellas.

- Al finalizar cada una de las entrevistas se procedió a realizar una sesión educativa de lactancia materna, edad de inicio de la complementaria, tipo de alimentos disponibles que se podían incluir en la nutrición y proceso de destete, con el fin de que ellas fuesen multiplicadoras de esta información en su comunidad o en caso de volver a experimentar nuevamente este proceso.

## **6.6 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Con el fin de describir y conocer las vivencias en el proceso de destete en las madres que participaron en la investigación, los datos se recogieron por medio de un instrumento que permitió recoger la información lo más fielmente posible, el instrumento fue una entrevista semiestructurada la cual fue aplicada a 20 personas que voluntariamente quisieron participar en la investigación.

Este instrumento (anexo 2) consta de dos secciones, en la primera parte se tomaron los aspectos sociodemográficos de cada una de las participantes, con un total de seis preguntas. La segunda sección, con un total de 20 preguntas, se enfocó a las prácticas realizadas antes y durante el destete, tipo de destete y, finalmente las actitudes del lactante y sentimientos de la madre frente al destete.

## **6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Los aspectos éticos a considerar durante la realización del trabajo, se tomó con base en la Resolución 8430 de 1993, en particular los capítulos 2 y 5 del Título II (Investigación en Seres Humanos) y la ley 911 de 2004, los capítulos 1 y 2 del título I (De los principios y valores éticos, del cuidado de enfermería), título III (De las responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica) capítulo IV la responsabilidad de enfermería en la investigación y la docencia.

En el presente trabajo se tuvieron en cuenta principios éticos como el respeto a la autonomía, en donde las madres estuvieron en la capacidad de decidir si deseaban hacer parte de la investigación después de haber explicado los fines de ésta, su aprobación se hizo con la firma de un consentimiento informado.

La educación a la madre acerca de lactancia materna y prácticas de destete se realizó como un aspecto ético para que cada una de ellas fuera multiplicadora de los aspectos más relevantes de este tema y así ser participes en la disminución de la morbilidad de algunas patologías en la infancia que pueden estar relacionadas con el destete precoz y las prácticas para llevarlo a cabo.

## **7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

La presentación y análisis de los datos obtenidos en la investigación “Prácticas de destete en un grupo de madres del área rural, del municipio de San Vicente del Caguán”, se realiza siguiendo el orden de los objetivos propuestos, a través de la presentación en medidas de frecuencia (porcentajes y promedios de ocurrencia del hecho o característica identificada), ampliación y retroalimentación de la información con testimonios de las madres sobre la experiencia del destete; y las aclaraciones, confirmaciones y relaciones correspondientes con citación de los aportes del marco teórico.

En este orden, primero se presenta la información sobre las características sociodemográficas de las madres; segundo, las acciones de las madres previas al destete; tercero, las acciones de las madres para realizar el destete propiamente dicho; y cuarto, los sentimientos y actitudes generados por el destete en la madre y su hijo.

### **7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Las características sociodemográficas incluidas en el estudio fueron las siguientes:

- Edad
- Escolaridad

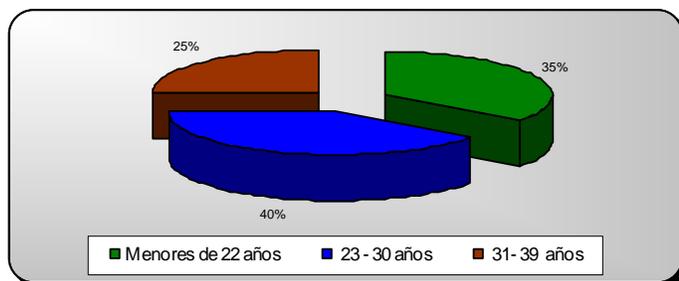
- Número de hijos

Estas características fueron incluidas, dado que pueden influir en un momento dado en la práctica del destete, es así como se espera que una madre adolescente, primer hijo, y trabajadora, tenga mayor dificultad para un destete oportuno (hasta los dos años de edad del niño) que una madre adulta, ocupación hogar y con dos hijos.

Todas las mujeres participantes en este estudio, procedían del área rural, pertenecían al estrato 1, ocupación hogar en todo lo relacionado con los quehaceres de la casa (cocinar, lavar y cuidado de los hijos) y participación ocasional en algunas actividades agrícolas y ganaderas propias de la región (ordeño del ganado vacuno y recolección de las cosechas de maíz, plátano y yuca).

**7.1.1 Edad.** El rango de edad de las madres osciló entre 17 a 39 años. Este rango se clasificó en tres, así: menores de 22 años (adolescentes), 22 a 30 y 31 a 39 años; con el fin de identificar y diferenciar las prácticas de destete en las adolescentes y las mujeres adultas, teniendo en cuenta que las prácticas de destete pueden variar entre diferentes generaciones, culturas, experiencias y condiciones de vida. Es así como, las mujeres adultas podrían tener un destete más tardío en relación con las jóvenes, porque bien es cierto que la adultez induce a tener un cuidado más solícito con los hijos y en este caso a prolongar el amamantamiento para beneficio del hijo (a). Del total de madres predominó el rango de edad entre los 22 y 30 años con un 40%, seguido por el grupo de menores de 22 años con un 35 %, y el 25% restante entre los 31 y 39 años. Es decir, el 25% eran jóvenes adolescentes y el 65% eran mujeres adultas. (Figura 1).

**Figura 1. Rango de edad del grupo de madres de San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.**



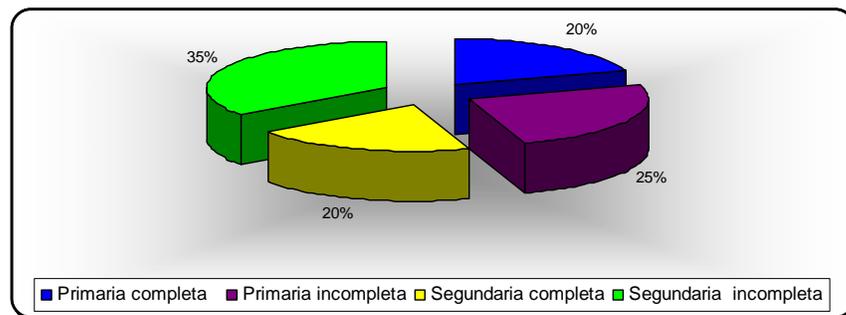
Fuente: Estudio sobre prácticas durante el proceso de destete, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.

**7.1.2 Escolaridad.** El nivel de escolaridad predominante fue de secundaria incompleta con un 35%, seguido por la primaria incompleta con el 25%, secundaria completa el 20% y primaria completa el 20%. (Figura 2). Ninguna de ellas tuvo la oportunidad de realizar un nivel técnico o universitario; pero el nivel de escolaridad alcanzado por la mayoría de madres es benéfico, ya que el 45% tiene algún nivel de escolaridad primaria y el 65% un acercamiento al bachillerato incompleto y completo.

Con esta escolaridad se espera que las madres tengan mayor información actualizada sobre el tema, mayores conocimientos y disposición para el amamantamiento. Bien es cierto, que el nivel de escolaridad en el área rural, no se relaciona directamente con la práctica de la lactancia materna, porque por tradición las mujeres campesinas hasta hace algunos años prolongaban la lactancia materna más allá de los dos años, pero en el momento actual, con la

cercanía informativa de la ciudad al campo, esta práctica ha cambiado y así mismo la continuidad exitosa de la lactancia materna, parece ser que no es la misma, como se presenta más adelante cuando se relacionan las características sociodemográficas con el destete.

**Figura 2. Escolaridad de las madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.**



Fuente: Estudio sobre prácticas durante el proceso de destete, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.

**7.1.3 Número de hijos.** Se identificó que el 85% de las madres, tenían de 1 a 3 hijos; y el 15% restante tenían más de 4 hijos. (Tabla 1). El 20% tenía un solo hijo, es decir con este hijo fue su primera experiencia de destete o la estaban llevando a cabo. Las madres con mayor número de hijos son las que están en el rango de edad entre 31 a 39 años, y por consiguiente con mayor experiencia en lactancia materna y destete.

**Tabla 1. Número de hijos de las madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.**

Número de hijos	Madres de			%
	Menores de 22 años	22 a 30 años	31 a 39 años	
1 hijo	3	1	0	20%
2 hijos	3	4	1	40%
3 hijos	1	3	1	25%

4 y más hijos	0	0	3	15%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Estudio sobre prácticas durante el proceso de destete, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.

## **7.2 ACCIONES DE LAS MADRES PREVIAS AL DESTETE**

En la identificación de las acciones previas al destete, se incluyó la edad del niño con lactancia materna exclusiva y sus razones, la alimentación complementaria y sus razones; además se relacionaron estas categorías con la edad, la escolaridad y el número de hijos de las madres.

**7.2.1. Edad del niño con lactancia materna exclusiva.** En este estudio la lactancia materna exclusiva promedio fue hasta los 5,3 meses de edad de la(o)s niña(o)s, este dato es cercano a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que sugiere: el tiempo necesario para proporcionar la nutrición adecuada con lactancia materna exclusiva, debe ir hasta los seis meses de edad del niño(o), después de esta edad iniciar la alimentación complementaria y continuar con lactancia materna hasta los dos años de edad de la(o)s niña(o)s.

Teniendo en cuenta las afirmaciones ya realizadas sobre la influencia de las características sociodemográficas en la práctica del destete, se presenta a continuación la edad del niño con lactancia materna exclusiva en relación con edad, escolaridad, ocupación y número de hijos de las madres participantes en el estudio.

**7.2.1.1. Lactancia materna exclusiva en las madres adolescentes (menores de 22 años).** El 35 % del total de las madres son adolescentes (Tabla 2), entre los 17 y 21 años. Las madres adolescentes se encuentran en un período de

cambios biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar el periodo de lactancia materna exclusiva, dado que la adolescente en la mayoría de situaciones no planea el embarazo, tenía otros proyectos, y su desconcierto se agudiza cuando el padre manifiesta que este hijo no es su responsabilidad; a estas circunstancias se adicionan otros aspectos, como la inexperiencia, la influencia negativa de otras personas y de los medios de comunicación (uso de biberones, inicio de la complementaria precoz y leches industrializadas) y la falta de apoyos de pareja y sociales.

En este grupo se identificó:

- Lactancia materna exclusiva de 1 a 2 meses en el 5% de las madres adolescentes, al respecto comentaron: *“no soy buena lechera, casi no me baja leche, el niño quedaba con hambre”*. Una madre refirió no haber podido continuar por razones de enfermedad: *“me dio mastitis, me dolían mucho los senos”*. Es bien reconocido que la única forma para incrementar la producción de leche es la succión y no existen mujeres “malas lecheras”, solo madres que por falta de educación, persistencia y apoyos del equipo de salud y sociales prefirieron abandonar la lactancia. La mastitis se relaciona con técnicas de amamantamiento inadecuadas que facilitan la formación de heridas y grietas en pezón, la presencia de dolor, congestión mamaria, disminución de la producción de leche y finalmente abandono del amamantamiento.
- Lactancia materna exclusiva de 3 a 4 meses en el 10% de las madres, quienes al respecto adujeron: *“no soy buena lechera, casi no me baja leche”*. Por las razones del punto anterior, y porque la madre piensa que “no es buena lechera”, termina estresada, cansada y olvidando lo aprendido y por consiguiente no coloca a su hijo al seno y la producción de leche disminuye progresivamente.

- Lactancia materna exclusiva entre los 5 y 6 meses en el 10%, al respecto las adolescentes comentaron: *“creí que ya era hora de darle tetero”* y *“me bajó harta leche y la enfermera del puesto de salud me dijo que le diera hasta los 6 meses solo seno y que después sí, le podía dar comida de sal”*. Esta última recomendación merece aclaraciones porque la alimentación complementaria debe ser sin dulce, sin sal y sin preservativos; todo hasta después del año.
- Lactancia materna exclusiva entre los 7 y 8 meses de edad de la(o)s niña(o)s en el 5% de las madres, quienes refirieron: *“quedé embarazada, la leche se volvió balsuda y no lo alimentaba”*. Este comentario tiene implícita una verdad: la leche materna cuando la madre se embaraza, más o menos a los 6 meses de edad, su sabor cambia y toma las características físicas y bioquímicas de la leche de los primeros días de lactancia (pre-calostro) y por consiguiente el niño la rechaza .
- Lactancia materna exclusiva hasta los 12 meses de edad del niño en el 5% de las adolescentes, su comentario fue *“es el único niño varón, pues era el más consentido”*, además, para esta madre este niño era su tercera experiencia de lactancia materna.

Esto indica que un 15% de los niños tuvieron lactancia materna exclusiva entre 1 a 4 meses de edad, siendo esta situación de riesgo para infecciones respiratorias, gastrointestinales y desnutrición infantil. Estas afecciones son comunes, cuando se inicia la alimentación complementaria antes de los 6 meses y sobre todo si se utiliza biberón para tal fin; y por supuesto, se van a enfermar a más temprana edad, la(o)s niña(o)s que tuvieron lactancia materna exclusiva hasta los dos meses de edad.

De igual manera, el 10% de los niña(o)s que iniciaron la complementaria tardíamente, después del 7° mes hasta los 12 meses, (Tabla 2) tienen riesgo de desnutrición, dadas las circunstancias de que por sí sola la leche materna a esta edad no aporta los nutrientes que el niño(a) necesita para su crecimiento y desarrollo satisfactorio.

**Tabla 2. Edad del niño con lactancia exclusiva, grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.**

Edad lactancia materna exclusiva	Menor de 22 años		22 a 30 años		31 a 39 años		Total	%
	n	%	n	%	n	%		
1 – 2 meses	1	5	3	15	0	0	4	20
3 – 4 meses	2	10	0	0	3	15	5	25
5 – 6 meses	2	10	3	15	1	5	6	30
7 – 8 meses	1	5	2	10	0	0	3	15
9 – 10 meses	0	0	0	0	0	0	0	0
11 - 12 meses	1	5	0	0	1	5	2	10
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	<b>8</b>	<b>40%</b>	<b>5</b>	<b>25%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estudio sobre prácticas durante el proceso de destete, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.

**7.2.1.2. Lactancia materna exclusiva de 22 a 30 años de edad materna.** Este grupo de edad comprende el mayor porcentaje de las madres investigadas, el 40% del total. Son mujeres adultas jóvenes que ya han tenido por lo menos una experiencia en el proceso de lactancia materna y destete. Por lo tanto, se espera que sus conocimientos y prácticas de lactancia sean mejores, mayor duración de amamantamiento, inicio oportuno de la complementaria y destete como mínimo hasta los dos años de edad, de manera que no se comprometa el estado nutricional y por consiguiente el crecimiento y desarrollo del lactante.

En este grupo se encontró:

- El 15% alimentaron con lactancia materna exclusiva hasta la edad entre 1 y 2 meses del niño, algunas de ellas señalaron, desde sus creencias: *“la niña era muy comelona y yo no he sido buena lechera que digamos.”* Esta afirmación sugiere que la oferta de leche materna no se relacionaba con la demanda del niño, ya que la razón no está en ser o no ser buenas lecheras, sino en brindar el seno a libre demanda, de día y de noche, para mantener la producción de leche de acuerdo con las necesidades del niño; esta situación se relaciona con falta de educación e información por parte del equipo de salud a las madres. O adujeron la disminución de la producción de leche por el uso de anticonceptivos hormonales: *“inicié a tomar pastas de planificar y la leche se fue secando”*; esta afirmación es real, dado que los anticonceptivos hormonales combinados (estrógenos y progestágenos) disminuyen la producción de leche y por el contrario los que contienen solo progestágenos incrementan la producción de leche. En esta situación se hubiera podido profundizar más, sobre las razones por las cuales las madres iniciaron precozmente el uso de anticonceptivos hormonales, sabiendo el equipo de salud que se relaciona con la producción de leche materna.
- Otro 15% entre los 5 y 6 meses, por motivos laborales comentaron *“no me quedaba mucho tiempo, tenía mucho que hacer en la finca”*; y por las asesorías del personal de salud *“en el control del niño me dijeron que hasta los 6 meses era solo seno”*. Las madres reconocieron que tenían el conocimiento correcto, pero las actividades laborales influyeron para que se disminuyera el tiempo de contacto de la madre con su hijo y la oportunidad de amamantar cada vez que el niño lo solicite.
- El otro 10% lactaron exclusivamente hasta la edad comprendida entre 7 y 8 meses; señalaron *“eso me recomendaban mis amigas”*; y: *“eso me dijeron*

*en el puesto de salud, es que lo llevo para que lo pesen todos los meses*". En estas dos afirmaciones se aprecia la influencia de los apoyos sociales y del equipo de salud, al respecto llama la atención la información dada por el equipo de salud, sobre prolongar la lactancia materna exclusiva después del 6° mes, sería importante hablar con estos profesionales para conocer los contenidos educativos sobre el tema.

**7.2.1.3. Lactancia materna exclusiva de 31 a 39 años.** Este grupo constituye el 25% restante de madres objeto del estudio. Son madres con un número mayor de hijos, se espera que posean mayor experiencia en las prácticas de lactancia materna, inicio de la nutrición complementaria y el destete.

- El 15% de este grupo de madres lactó exclusivamente a sus hijos hasta la edad comprendida de 3 y 4 meses, desde las creencias y percepciones maternas, aludían que *"comía mucho, eso quedaba con hambre, lloraba pidiendo más comida, entonces le di tetero"* y *"el niño lo fue aborreciendo, entonces me tocó meterle comidita para que no se me atrasara"*. De igual manera que las madres menores de 31 años, la duración de la lactancia materna exclusiva se relaciona con la producción de leche, así mismo con la ley de oferta y demanda (o viceversa); y el niño no recibe porque la madre no produce suficiente leche, esto no quiere decir que "el niño aborreció el seno".
- Un 5% lo hizo hasta la edad entre los 5 y 6 meses, señalaron desde la creencia en producción de leche *"soy muy lechera, por eso no tuve que darle tetero antes o sopa"*. Este grupo de madres, posiblemente han cumplido con la lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, situación que mantiene la producción de leche de acuerdo con las necesidades del niño.

- El 5% restante de madres llevó la lactancia exclusiva hasta la edad de 12 meses, desde su producción de leche materna y conocimientos manifestó que *“me bajaba suficiente leche, no había necesidad de darle tetero, siempre he sido buena lechera”*. Al respecto se debe explicar a las madres de la importancia de iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses para que el niño que venía bien nutrido no comience el proceso de desnutrición.

Con el total de madres objeto de estudio (Tabla 2), se puede decir que el 30 % de las madres tuvieron lactancia materna exclusiva entre el 5° y 6° mes, práctica cercana a lo recomendado por la OMS. Por el contrario un 45% brindaron lactancia materna exclusiva de 1 a 4 meses de edad y el 25% restante entre 7 a 12 meses de edad del niño. Por consiguiente, es importante resaltar que tanto los niños que recibieron lactancia materna exclusiva de 1 a 4 meses, como después de los 7 meses se convierten en niños de alto riesgo para adquirir enfermedades gastrointestinales por el uso del biberón que es muy utilizado para iniciar la complementaria con alimentos poco nutritivos y que no son preparados con las medidas de higiene correspondientes.

Además, se identificó que el 30% de las madres que dieron a su hijo lactancia materna exclusiva hasta la edad recomendada por la OMS (6 meses), se caracterizaron por estar en el rango de edad entre 23 y 30 años, con un nivel educativo de algún grado de secundaria; de este grupo de madres, la mayoría ya habían tenido una experiencia, como mínimo, del proceso de lactancia materna y destete.

En síntesis, al analizar los patrones de finalización de la lactancia materna exclusiva, muchas de ellas coincidieron en referir circunstancias similares que se relaciona con disminución en la producción de la leche materna y finalización del amamantamiento por: deficientes conocimientos sobre el tema, enfermedades del

seno (mastitis y dolor) producidas por mala técnica de amamantamiento, ausencia del hogar y del contacto permanente con su hijo por trabajos agropecuarios, uso de anticonceptivos hormonales combinados y asesorías por parte del personal de salud y personas cercanas a la madre. Otras razones de finalización temprana de la lactancia materna exclusiva (antes del 5° a 6° mes), se relacionó con algunas creencias de las madres como: “a los varones se les debe dar leche materna por más tiempo que a las niñas”, “el niño necesita de otros alimentos cuando no me sale más leche, porque si no se desnutre” y “ya estaba en la edad para iniciar otros alimentos”; es decir influye el sexo del niño, la supuesta demanda del niño de la complementaria y la edad considerada apropiada por ellas, antes del 5° mes.

**7.2.2 Alimentación complementaria.** La leche materna, como único alimento brindado a todo recién nacido, hasta el inicio de la complementaria, proporciona los nutrientes necesarios para el desarrollo y crecimiento del niño. La lactancia materna exclusiva durante el primer semestre es un factor protector que previene en el niño algunas infecciones, tales como, enfermedad diarreica y respiratoria, comunes en este grupo etáreo.

Después de finalizar la lactancia materna exclusiva el patrón identificado fue la inclusión de la alimentación complementaria (inicio de otros alimentos distintos a la leche humana). La Tabla 2, permite mostrar, la edad de finalización de la lactancia materna exclusiva y así mismo el inicio de la alimentación complementaria. En este estudio las madres para iniciar la complementaria se basaron en las creencias y conocimientos adquiridos de otras personas cercanas (amigos y familiares). Para hacer un acercamiento más detallado se describen los alimentos de inicio y continuidad, los elementos o instrumentos de inicio y continuidad, sobre todo biberón, cuchara o pocillo; y las características de continuidad de la lactancia materna.

Las madres adolescentes, menores de 22 años, iniciaron la complementaria a sus hijos en un promedio de edad de los 6 meses, mientras que las madres de 23 a 30 años lo hicieron en un promedio de edad de los 4.6 meses, y las del grupo de 31 a 39 años en un promedio de edad de los 5.8 meses.

### **7.2.3 Alimentación complementaria: Tipo de alimentos, inicio y continuidad.**

El destete es un período transicional de adaptación a nuevos alimentos que conducirá de un modo lento y progresivo del paso de la etapa exclusivamente láctea a la alimentación familiar algo modificada<sup>64</sup>. Es así como, el destete se puede hacer con el inicio de la complementaria (destete temprano), después de alimentar al niño por un tiempo con lactancia materna más complementaria y finalizan con el destete definitivo o finalización de la lactancia materna.

Para iniciar la complementaria algunas madres con mayor frecuencia utilizaron coladas de plátano, generalmente acompañadas de leche de vaca; patrón identificado en el 40% de este grupo de madres. Un 35% inició con coladas que no especificaron su contenido. Un 25% comentó que el tipo de colada estaba preparado a base de maizena y avena. La edad de inicio de la colada de plátano con leche de vaca se registró a partir de los 2 meses de edad, con una tendencia a ser más frecuente a partir de los 6 meses. Solo el 5% de las madres dan sucedáneos de la leche materna a partir de los 4 meses de edad. Además de las coladas, se encontró en menor porcentaje el uso de sopas, compotas de frutas y caldo de frijol.

Por las características geográficas, productivas y culturales, las familias de esta región utilizan en la población infantil, la leche entera de vaca para la preparación de los alimentos (coladas) utilizada en el inicio de la complementaria. De acuerdo

---

<sup>64</sup> BALLABRIGA Angel. Nutrición en la infancia y adolescencia. Editorial Ergon, 2º edición, 2001; cap.4: 155-202.

con algunos estudios<sup>65</sup>, el uso de la leche de vaca en el lactante menor de un año, es un factor de riesgo asociado con la aparición de anemias por deficiencia de hierro, por ser la leche de vaca pobre en este elemento, vitamina E y ácidos esenciales. El aumento en la carga de solutos renales producido por la leche entera de vaca y sus derivados no modificados hacen que se presente riesgo de deshidratación. Es probable que la cantidad limitada de ácidos grasos esenciales, además de vitamina C, zinc y otros oligoelementos no sea suficiente para prevenir estas deficiencias.

Según las respuestas dadas por las madres participantes de este estudio, el tipo de alimento que con mayor frecuencia brindan a sus hijos lactantes para el inicio de la complementaria es la colada de plátano acompañada de leche entera de vaca, práctica muy frecuente en esta población para iniciar el proceso de destete. El plátano es un alimento rico en hidratos de carbono y bajo en hierro<sup>66</sup>, con estas características nutricionales, este alimento se convierte en un factor de riesgo para presentar malnutrición (obesidad) por exceso de carbohidratos y anemia ferropénica por la disminución de la ingesta de hierro.

En ambientes donde la higiene es pobre, la promoción de productos a base de leche líquida de vaca es de alto riesgo, dado que estos productos pueden contaminarse fácilmente, especialmente cuando son proporcionados con biberón. La leche fresca de vaca, consumida antes de los 12 meses de edad también está

---

<sup>65</sup> Boletín semanal del Centro de Recursos de la red IBFAN de América Latina y el Caribe. Riesgos de la alimentación con leche artificial. En: <http://www.ibfan-alc.org/boletines/ibfan-inf/A4N176.htm>  
Citado: 20-09-08

<sup>66</sup> POSADA DIAZ, Álvaro. El Niño Sano. Lactancia Natural. 3° edición, Editorial Medica Panamericana. Bogotá, 2005.

asociada con pérdidas de sangre en las heces y un estado bajo de hierro (Ziegler y col., 1990; Griffin y Abrams, 2001)<sup>67</sup>.

Muchas de estas prácticas están dadas también, por los antecedentes culturales que se pasan de madres a hijas e hijos *“los mantiene bien gordos y sanos”*; *“las mamás le enseñaban a uno a preparar ese tipo de colada”* y *“la colada de plátano no permite que a los niños les de diarrea, es para que les caiga bien después todas las comidas”*. A pesar de que es notoria la participación del personal de salud al brindar educación a la madre y a la familia en cuanto al mejoramiento de las prácticas nutricionales, en la atención primaria o domiciliaria, las familias continúan llevando a cabo la preparación de este tipo de alimentos.

Es importante reiterar que de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los niños deben alimentarse exclusivamente con la leche humana durante los primeros seis meses de vida. Después, continuar hasta los dos años con leche materna, más alimentación complementaria.

El inicio de la complementaria en esta región del país (San Vicente del Caguán), está influenciada por el tipo de alimentos disponibles en la zona. El departamento del Caquetá está considerado como una región rica en ganado vacuno, cultivos de plátano y yuca, todo esto dado por las condiciones climáticas y terrenos aptos. Otro aspecto es el poder adquisitivo (monetario) y facilidad del transporte, relacionado con las distancias, carreteras tipo trocha y frecuencia para poder tomar la ruta hacia la cabecera municipal. Para el campesino esta situación hace que no obtenga alimentos importantes para la alimentación complementaria como son las verduras y las frutas provenientes del centro del país.

---

<sup>67</sup> Organización Panamericana de Salud. Principios de Orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington, DC 2003. En: [http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/Guiding\\_Principles\\_CF.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/NU/Guiding_Principles_CF.pdf) Citado: 20-09-08

La recomendación de proveer frutas y verduras ricas en vitamina A está basada en los beneficios a la salud asociados con la prevención de la deficiencia de vitamina A (Allen y Gillespie, 2001) y la probabilidad de que el consumo de dichos alimentos también ayude a cubrir los requisitos de muchas otras vitaminas. Se pueden elaborar guías más precisas sobre el consumo recomendable de dichos alimentos en cantidad y frecuencia, utilizando los recursos de cada localidad<sup>68</sup>.

En algunos países industrializados las reacciones alérgicas potenciales relacionadas con el consumo precoz de ciertos alimentos con un alto contenido de proteína durante el primer año de vida ha sido causa de preocupación. Por ejemplo, la Academia Americana de Pediatría recomienda que los niños menores de un año con historia familiar de alergias o sensibilidad alimentaria, no deberían recibir leche de vaca hasta después del primer año, huevos hasta el segundo año, y maní, nueces y pescado hasta el tercer año de edad (AAP, 1998). Estos alimentos están bien documentados sobre su potencial alergénico relacionado con dermatitis atópica y otras alergias alimenticias en niños de alto riesgo<sup>69</sup>.

**7.2.4 Elementos utilizados para la alimentación complementaria.** El más común es el biberón que se relaciona con problemas en la continuidad de la lactancia materna y por consiguiente menor duración de la misma. Algunos hablan del fenómeno de confusión del pezón por el uso de biberones,<sup>70</sup> y recomiendan por el contrario el uso de cucharas, vasos o jeringas para dar la alimentación complementaria. Los elementos utilizados para iniciar la alimentación

---

<sup>68</sup> *Ibíd.* Pág. 16

<sup>69</sup> *Ibíd.* Pág. 16

<sup>70</sup> GOMEZ URIBE, Luis Fernando. Bases para la alimentación en los dos primeros años de vida. Departamento de pediatría y puericultura. Universidad de Antioquia. En: [http://www.precop.com.co/precop\\_previo/precop\\_files/modulo\\_3\\_vin\\_4/precop\\_ano3\\_mod4\\_bases\\_alimentacion.pdf](http://www.precop.com.co/precop_previo/precop_files/modulo_3_vin_4/precop_ano3_mod4_bases_alimentacion.pdf)

complementaria en este estudio fueron: biberón y cuchara. Para las madres estos medios facilitan el proceso de destete, porque los niños aceptan más rápido los alimentos que consume la familia, además de disminuir el grado de ansiedad en los niños.

Culturalmente el uso del biberón por parte de las madres para dar alimentación complementaria es tradicional en casi todas las familias de esta región (Figura 3), las razones se relacionaron con *“tengo poco tiempo para dedicarle a mi hijo y con la cuchara o la taza, me demoro más, en cambio con el tetero es más rápido”*. De esta manera el 85% de las madres usaron solo biberón; y el 15% restante biberón alternado con cuchara para dar los alimentos semisólidos y sólidos.

**Tabla 3. Uso de elementos para iniciar la complementaria en el grupo de madres, municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.**

Elemento para iniciar la complementaria	Madres menores de 22 años		Madres de 23 a 30 años		Madres de 31 a 39 años		Total	Total %
	años	%	30 años	%	39 años	%		
Biberón	6	30	7	35	4	20	17	85
Biberón y cuchara	1	5	1	5	1	5	3	15
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	<b>8</b>	<b>40%</b>	<b>5</b>	<b>25%</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

*Fuente:* Estudio sobre prácticas durante el proceso de destete, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.

El uso del biberón en zonas rurales donde las practicas higiénicas son regulares se convierte en un factor de riesgo para el lactante de adquirir enfermedades del tracto gastrointestinal, pues en muchos de los casos las familias habitan con animales domésticos dentro de las viviendas, como perros, gatos, gallinas, cerdos

e; insectos (moscas) que se convierten en vectores para el traslado de diferentes agentes patógenos capaces de producir este tipo de patologías. Otro riesgo con el uso del biberón es la otitis media<sup>71</sup> secundaria a la colonización oral y nosofaríngea de patógenos que luego pasan al oído.

El uso de entretenedores, como el biberón o chupos, en los niños menores de 6 meses puede interferir en la producción de leche materna y, en consecuencia, en el crecimiento del lactante,<sup>72</sup> todo porque la frecuencia de las succiones al seno se va reduciendo y con ello la producción de prolactina.

### **7.3. ACCIONES DE DESTETE PROPIAMENTE DICHO**

Cuando termina la lactancia materna exclusiva se inicia la alimentación complementaria, pero sin sustituirla, hasta que la madre y su hijo termine el proceso de lactancia, lo que constituye el destete, el cual implica cambios en la forma de relacionarse entre la madre y el hijo; es un proceso que debe darse en el momento en que los dos estén preparados para ello, lo que suele suceder entre los doce y los veinticuatro meses de edad<sup>73</sup>.

El destete propiamente en este trabajo, se presenta y analiza teniendo en cuenta:

- Edad del destete
- Aplicación de sustancias para el desmame o destete

---

<sup>71</sup> NORTH, Kate, Et al. Use and morbidity in the first six months of the life. *Pediatrics* 1999; 103:34.

<sup>72</sup> MARTINEZ SANCHEZ L, Et al. Uso de chupetes: beneficios y riesgos. *Pediatrics* 2000; 53: 580-585

<sup>73</sup> POSADA DIAZ, Álvaro. *El Niño Sano. Lactancia Natural*. 3º edición, Editorial Medica Panamericana. Bogotá, 2005.

- Consumo de sustancias por la madre para disminuir la producción de leche
- Uso de entretenedores<sup>74</sup> del amamantamiento

**7.3.1. Edad del destete.** Según UNICEF y la Organización Mundial de la Salud, “todos los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna desde el nacimiento hasta los seis meses de edad. Posteriormente los niños deberían seguir siendo amamantados, recibiendo al mismo tiempo alimentos complementarios apropiados y en cantidades suficientes, hasta los dos años de edad o más”.

En este grupo de madres, la edad promedio de el destete o suspensión definitiva de la lactancia materna fue de 16.2 meses de los infantes. Al hacer una observación por grupos de edad de las madres, se identificó lo siguiente:

- El 20% de las madres adolescentes destetaron a sus hijos antes del primer año, el 15% entre las edades de 1 y 2 años. Al respecto, argumentaron que practicaron el destete por disminución o ausencia en la producción de leche: *“ya no tenía leche”* o *por edad del lactante “era muy grande ya”*.
- El 15% de las madres de 22 a 30 años, lo hizo antes del primer año; otro 20% entre las edades de 1 y 2 años; el 5% restante de este grupo lo hizo entre los 36 y 45 meses de edad del niño(a). Las razones expuestas se relacionaron con haber quedado en embarazo: *“quedé embarazada y me toco quitarle el seno”*; disminución de la producción de leche: *“se me secó la leche”*, rechazo del lactante: *“ya no quiso mas, se ponía que se vomitaba”*

---

<sup>74</sup> Entretenedor: elemento o instrumento utilizado para hacer más llevadera una nueva situación, también sirve para recrear y divertir.

- Finalmente, el 10% de madres entre los 31 y 39 años lo hizo antes los 8 meses; y el 15% restante entre los 18 y 24 meses. Argumentaban desde sus creencias “*el niño no recibía, entonces no le rogué*”; “*ya no quiso mas*”; “*porque él volvía a entetarse*”.

**Tabla 4. Edad suspensión de la lactancia materna (destete) por el grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.**

Edad suspensión de la Lactancia Materna	Madres menores de 22 años		Madres de 23 a 30 años		Madres de 31 a 39 años		Total	Total %
		%		%		%		
3 a 5 meses	0	0	1	5	1	5	2	10%
6 a 8 meses	2	10	0	0	1	5	3	15%
9 a 11 meses	2	10	2	10	0	0	4	20%
12 a 14 meses	1	5	0	0	0	0	1	5%
15 a 17 meses	0	0	1	5	0	0	1	5%
18 a 20 meses	0	0	3	15	1	5	4	20%
21 y 24 meses	2	10	0	0	2	10	4	20%
25 y 35 meses	0	0	0	0	0	0	0	0%
36 y 45 meses	0	0	1	5	0	0	1	5%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	<b>8</b>	<b>40%</b>	<b>5</b>	<b>25%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Estudio sobre prácticas durante el proceso de destete, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.

El reducir la edad del amamantamiento en los niños y niñas es un factor de riesgo para adquirir enfermedades del tracto gastrointestinal, alteración del crecimiento; aparición de anemia ferropénica en los menores, independientemente de los

ingresos económicos familiares y el nivel educativo<sup>75</sup>. El comienzo del período de destete, con la iniciación de la alimentación complementaria, implica que ya hay un buen grado de tolerancia gastrointestinal y que la capacidad de absorción de nuevos nutrientes ha sido alcanzada, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, y así mismo la función renal permite mayores cargas osmolares. También supone el desarrollo de los factores mecánicos necesarios para adquirir la capacidad de cortar y masticar los alimentos y la coordinación de comer la dieta de la familia utilizando la cuchara y el vaso<sup>76</sup>.

**7.3.2 Aplicación de sustancias para el destete.** Para finalizar la lactancia materna, y facilitar la continuidad de la dieta familiar, algunas madres acudieron a estrategias como la aplicación de sustancias tópicas en los senos para que el niño(a) lo rechazara. En este estudio se encontró lo siguiente:

- En el grupo de madres adolescentes se evidenció que el 10% de ellas utilizó esta estrategia, el 5% de ellas aplicó tinidazol en los pezones y el otro 5% esparadrapo.
- Las madres entre los 22 y 30 años, el 5% aplicó sábila.
- El otro grupo de madres, entre 31 y 39 años (10%), se aplicó sustancias tópicas en senos así: el 5% sábila y el otro 5% sábila, más vick vaporub.

Del total de madres de este estudio el 25% (figura 3) utilizaron sustancias tópicas en los senos buscando con ello el rechazo por parte del lactante. Las madres manifestaron que estas estrategias fueron efectivas en su proceso de destete.

---

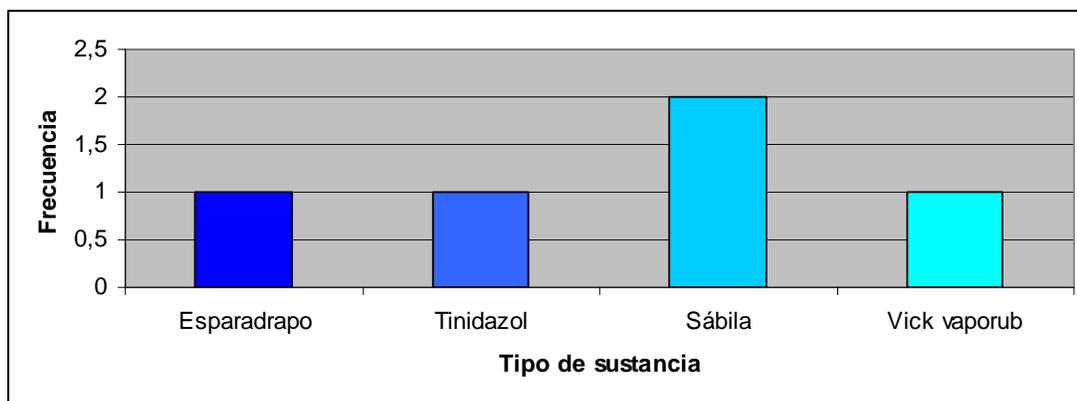
<sup>75</sup> Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna. Guía para profesionales. Madrid, España 2004. En:

[http://www.aeped.es/monografias/pdf/monografia\\_5\\_lactancia\\_materna.pdf](http://www.aeped.es/monografias/pdf/monografia_5_lactancia_materna.pdf) Revisado 22-10-08

<sup>76</sup> BALLABRIGA, Angel, Et al. Nutrición en la infancia y adolescencia. Editorial Ergon, 2<sup>o</sup> edición, 2001; cap.4: 155-202.

Algunos estudios<sup>77</sup>, en algunas culturas también colocan sustancias de mal sabor (ají, limón, sábila, quinina...) en el pezón para que el niño rechace el seno. Con respecto al vick vaporúb se puede decir que no es aconsejable utilizarlo en el proceso de destete pues puede llegar a ser tóxico para el lactante así sea en pequeñas cantidades<sup>78</sup>.

**Figura 3. Tipo de sustancia aplicada en los senos por el grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.**



*Fuente:* Estudio sobre prácticas durante el proceso de destete, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.

Culturalmente el proceso de destete se puede ver influenciado por prácticas como las observadas en este estudio. La aplicación de sustancias amargas en los pezones, como la sábila, para dar mal sabor cuando el lactante desee succionar son estrategias que realizan las madres para tal fin. Lo mismo sucede con el tinidazol y el vick vaporúb, aunque llama la atención que el tinidazol es un

<sup>77</sup> Alimentación Infantil. En medio de los Medios de America Latina y el Caribe. Año II Número 8 – 19 de noviembre de 2007. En: [http://74.125.45.104/search?q=cache:dcgZtQ0y7D0J:www.ibfan-alc.org/boletines/medios\\_07/0208/0208\\_ai.htm+uso+de+sabila+para+el+destete&hl=es&ct=clnk&cd=25&gl=co](http://74.125.45.104/search?q=cache:dcgZtQ0y7D0J:www.ibfan-alc.org/boletines/medios_07/0208/0208_ai.htm+uso+de+sabila+para+el+destete&hl=es&ct=clnk&cd=25&gl=co) Citado:22-10-08

<sup>78</sup> COMPARTE, Carlos. Intoxicación por alcanfor. Revista Paediatrica. 2002; Vol 4 (2): 54 – 58. En: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatrica/v04\\_n2/intoxicaci%C3%B3n.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatrica/v04_n2/intoxicaci%C3%B3n.htm)

medicamento antiparasitario, que en este caso fue utilizado por su sabor amargo, característico de este grupo de medicamentos.

En cuanto al esparadrapo, cuando se preguntó a la madre cuál fue la estrategia utilizada, ella argumentó: *“le decía al niño que me dolía el seno, entonces él no pedía más y se iba a jugar”*.

**7.3.3 Consumo de sustancias para el destete.** Algunas madres utilizaron sustancias para disminuir la producción de leche, por recomendación del personal de salud, amistades o automedicación; para tal fin iniciaron la ingesta de anovulatorios orales: 10% de las madres adolescentes y 5% de las madres entre los 23 y 30 años, las madres mayores de 31 no tomaron este tipo de medicamento hormonal. Estas madres en su nivel educativo han alcanzado algún grado de estudios secundarios, entendiendo esto como un factor protector al momento de recibir información del personal de salud acerca del uso de anticonceptivos orales combinados y, entender los efectos secundarios que estos traen para la producción de leche materna. La utilización de anticonceptivos hormonales combinados en las mujeres que están lactando acorta de acuerdo con la dosis, la duración de la lactancia materna debido a su contenido de estrógenos que disminuyen la producción de leche en un 40% cuando se usan durante los primeros meses postparto <sup>79</sup>.

**Tabla 5. Uso de anticonceptivos orales combinados durante la lactancia materna por el grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.**

Uso de anticonceptivos orales	Madres menores de 22 años		Madres de 23 a 30 años		Madres de 31 a 39 años		Total %
	%		%		%		

<sup>79</sup> OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Tercera edición. 2005.

Si	2	10	1	5	0	0	15%
No	5	25	7	35	5	25	85%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	<b>8</b>	<b>40%</b>	<b>5</b>	<b>25%</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Estudio sobre prácticas durante el proceso de destete, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.

El efecto de los anticonceptivos combinados, de disminuir la producción de leche materna, es de importancia particular en los países en desarrollo, donde la supervivencia del lactante depende del volumen adecuado de la leche materna. En consecuencia, no es recomendable prescribir anticonceptivos hormonales orales hasta que se culmine la lactancia materna<sup>80</sup>.

**7.3.4 Uso de entretenedores para el destete.** El uso de cualquier entretenedor (biberón, golosinas, etc) para conseguir distraer al lactante y alejarlo del seno, son estrategias utilizadas por algunas madres con el fin de disminuir la necesidad que tienen los niños (as) del seno materno. Las madres participantes de este estudio utilizaron para tal fin el biberón; dulces, frutas o galletas (tabla 6).

- El 75% de madres (adolescentes y entre 23 y 30 años), emplearon el biberón como entretenedor.
- El 25% restantes de madres (entre los 31 a 39 años), el 10% utilizaron el biberón, otro 10% golosinas, frutas o galletas y finalmente, el 5% restante no utilizó ninguna estrategia para entretener al niño(a), dijeron que: “no fue necesario porque él mismo aborreció el seno”

---

<sup>80</sup> *Ibíd.* Pág. 55

Las madres afirman que estos distractores facilitan el destete: “cuando toma colada en tetero queda más lleno, ya no piden seno, eso me da tiempo para hacer otras cosas”.

**Tabla 6. Uso de entretenedores por el grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.**

Tipo de entretenedor utilizado	Madres						Total	
	menores de 22 años		Madres de 23 a 30 años		Madres de 31 a 39 años		Total	%
Biberón	7	35	8	40	2	10	17	85%
Dulces, frutas o galletas	0	0	0	0	2	10	2	10%
No hubo necesidad	0	0	0	0	1	5	1	5%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	<b>8</b>	<b>40%</b>	<b>5</b>	<b>25%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Estudio sobre prácticas durante el proceso de destete, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.

**7.3.5 Tipo de destete.** En este estudio las madres consideraron 3 tipos de destete, en la tabla 7 se especifican los porcentajes de madres que consideraron que practicaron un tipo de destete natural, forzoso y paulatino. Entendiendo el destete natural cuando el niño (a) deja por sí solo la lactancia materna y la madre lo apoya y ayuda en este proceso; el destete forzoso o impuesto, por un motivo totalmente justificado, antes de que la madre o el niño estén preparados para ello y; el destete paulatino aquel que se hace de forma lenta y gradual.

**Tabla 7. Tipo de destete por el grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.**

Tipo de destete	Madres menores de 22 años		Madres de 23 a 30 años		Madres de 31 a 39 años		Total	Total %
		%		%		%		
Natural	2	10	3	15	5	25	10	50%
Forzoso	4	20	3	15	0	0	7	35%
Paulatino	1	5	2	10	0	0	3	15%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	<b>8</b>	<b>40%</b>	<b>5</b>	<b>25%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Estudio sobre prácticas durante el proceso de destete, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008

- El 50% de las madres de este estudio consideró que había practicado un destete natural, algunas razones: *“no quiso mas seno” “el niño no puso problema”*; *“lo dejó porque quiso”*; *“él fue el que la dejó, no quiso mas”*. El grupo de madres que con más frecuencia practicó este tipo de destete tenían entre 31 a 39 años (25%). Todas ellas experimentadas en este proceso, con más de dos hijos, situación protectora para el tipo de destete y edad considerada propicia para el desmame.
- El 35% manifestó haberlo hecho de forma forzosa, para ello aludían que: *“él quería chupar la teta pero yo no le daba”*; *“no podía darle más seno, por lo del embarazo”*; *“por lo que me unté en los senos”*. El grupo donde más se

dio este tipo de destete fue en las madres adolescentes (20%). Al hacer una revisión, las madres que manifestaron estas razones destetaron a sus hijos a edades tempranas y por motivos de embarazo, enfermedad (mastitis) y por aplicación de sustancias amargas en los senos.

- El 15% restante lo hizo de manera paulatina, las madres entre 23 y 30 años fue el grupo donde mayor se presentó este tipo de destete, algunas referían *“porque ya no me baja leche, se fue secando poco a poco”*; *“le fui quitando el seno poco a poco”*

**7.3.6 Influencia social y familiar para el destete.** Durante el proceso de destete se ven involucradas muchas personas y eventos que influyen de alguna manera para que este llegue a su fin. Los amigos y la familia que están más cercanos a la madre que intenta destetar a su hijo pueden volverse muy críticos una vez que el lactante llega a cierta edad y, que según sus creencias ya puede ser el momento de retirar definitivamente el seno.

**Tabla 8. Influencia social y familiar para el destete en el grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.**

Influencia de otras personas	Madres menores de 22 años		Madres de 23 a 30 años		Madres de 31 a 39 años		Total	Total %
		%		%		%		
Esposo	1	5	2	10	0	0	3	15%
Amigos	2	10	2	10	2	10	6	30%
Personal de salud	1	5	0	0	0	0	1	5%
Madre	0	0	1	5	0	0	1	5%
Otro familiar	2	10	0	0	1	5	3	15%
Ninguno	1	5	3	15	2	10	6	30%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	<b>8</b>	<b>40%</b>	<b>5</b>	<b>25%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Estudio sobre prácticas durante el proceso de destete, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008

En este estudio la influencia social y familiar fue notoria (tabla 8), en el 70% de la población estudiada. Las amistades de la madre o familia tuvieron una mayor influencia (30%) que la misma familia o personal de salud. La parte social y los medios de comunicación están adquiriendo mayor influjo en algunas decisiones que son propias del cuidado maternal de la lactancia materna.

Los amigos en algunas ocasiones pueden hacer comentarios a las madres y también a los niños; una madre comentó que: *“mi niño dejó el seno a los 36 meses, unos amigos que trabajaban en la finca lo molestaban cuando pedía el seno, a él le daba pena”*.

Culturalmente el padre ha tenido el poder de decisión en algunos aspectos de la vida de la madre y el hijo, en el caso del destete una madre refería *“mi marido dice que al año se le debe quitar la teta al niño, pues a esa edad se desteta el ganado”*.

También es relevante nombrar que un 30% de las madres no tuvo ningún tipo de influencia y se puede decir que tuvieron completa autonomía en el momento de finalizar la lactancia materna.

## **7.4 SENTIMIENTOS DE LA MADRE Y EL NIÑO (A) FRENTE AL DESTETE**

**7.4.1 Actitud del niño ante el destete.** La actitud de los niños ante el destete depende de la forma como este se lleve a cabo. Los niños y niñas a pesar de tener corta edad se deben tratar de forma individual y único/a, teniendo en cuenta que

poseen un carácter y una personalidad definida de acuerdo con su edad; así como ya expresan determinados gustos y preferencias por otros alimentos, situación que facilita el proceso de destete<sup>81</sup>.

**Tabla 9. Actitud del niño ante el destete en el grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.**

Actitud del niño (a)	Menores de 22 años		Madres de 22 a 30 años		Madres de 31 a 39 años		Total	
	años	%	años	%	años	%	Total	%
Aceptación	3	15	5	25	3	15	11	55
Llanto	4	20	2	10	0	0	6	30
Rebeldía	0	0	1	5	2	10	3	15
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	<b>8</b>	<b>40%</b>	<b>5</b>	<b>25%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Estudio sobre prácticas durante el proceso de destete, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008

En la tabla 9 se observa la frecuencia en la que se presenta las diferentes actitudes del niño ante el destete, aceptación, llanto y rebeldía, en los diferentes grupos de madres. En este caso se clasificará en las siguientes categorías y por grupos de edad materna: aceptación, llanto y finalmente rebeldía.

La primera categoría o actitud del niño(a) y que más predominó fue la de aceptación con el 55% del total de la población estudiada.

- Algunas madres adolescentes comentaron que sus hijos habían aceptado el destete, al respecto argumentaron: *“el niño no pedía más seno, prefería el tetero”*; *“le decía que me dolía el seno, entonces él no pedía más y se iba a jugar”*

<sup>81</sup> Liga de la Leche, España 2002

- Las madres con edades entre los 22 y 30 años referían: *“se acostumbró al biberón”; “dejó de pedir seno”; “yo le explique que no le iba a dar mas tetica, él la pedía pero yo no le daba, hasta que no volvió a pedir”; “se lo fui quitando poco a poco y no volvió a pedir”*
- Finalmente, las madres entre los 31 y 39 años señalaron: *“el niño dejó de mamar por sí solo”; “ella misma aborreció el seno”; “los hermanos y amigos lo molestaban y no volvió a pedir”.*

La aceptación del lactante ante este proceso, se relacionó más con la comunicación que estableció la madre con su hijo, mediante la explicación de que no podía amantarlo más; es decir predominó un destete natural o paulatino.

Otra actitud del niño percibido por las madres fue el llanto con el 30% de los casos, siendo más frecuente en los hijos de las madres adolescentes. Algunas razones estaban dadas por enfermedad (mastitis), embarazo y por la aplicación tópica de sustancias amargas en los senos. El grupo de madres entre los 31 y 39 años no refirieron esta experiencia con sus hijos. Algunas vivencias:

- Las madres adolescentes refirieron: *“lloraba todo el tiempo, no le di mas porque me dolían mucho los senos”; “por estar embarazada no le di mas seno”; “la leche se secó, el niño lloraba mucho porque no bajaba leche”; “seguramente le sabia a feo y se ponía a llorar”*
- Las otras madres con edades comprendidas entre los 23 y 30 años describieron: *“le fui quitando el seno poco a poco y lloraba porque no le daba”*

La tercera actitud de los niños(as) en el 15% restante fue la rebeldía. Comportamiento señalado por las madres que están en los grupos de edades

comprendidas entre los 23 y 30 años y las de 31 a 39 años. Las madres adolescentes no lo refirieron. Estas madres señalaron: “*me pegaba cuando intentaba chupar la teta porque le sabía a feo o amargo, por lo de la sábila que me unte*”; “*pedía mucho seno, yo no le daba, entonces lloraba y zapateaba*”

**7.4.2 Sentimientos de la madre ante el destete.** El abandono de la lactancia al pecho puede causar sensación de malestar tanto a la madre como al bebé. Es probable que se viva la sensación de pérdida y nostalgia al no tenerlo protegido con su cuerpo y separar ese vínculo emocional que unía el hijo con la madre, sobre todo cuando la duración de la lactancia ha sido prolongada

El sentimiento con mayor frecuencia hallado, en este estudio, y referido por las madres fue el de tristeza en el 50% de los casos, seguido de no haber sentido nada y, finalmente el 15% manifestó que descansaron después de haber vivido la experiencia del destete (tabla 10).

**Tabla 10. Sentimientos ante el destete en el grupo de madres, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008.**

Sentimientos de la madre	Menores de 22 años		Madres de 22 a 30 años		Madres de 31 a 39 años		Total	
	años	%	años	%	años	%	Total	%
Tristeza	4	20	4	20	2	10	10	50%
Descanso	0	0	2	10	1	5	3	15%
Nada	3	15	2	10	2	10	7	35%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	<b>8</b>	<b>40%</b>	<b>5</b>	<b>25%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Estudio sobre prácticas durante el proceso de destete, San Vicente del Caguán, Caquetá, 2° semestre de 2008

Las vivencias de tristeza en las madres fueron expresadas así:

- Las madres adolescentes referían que: *“me daba lástima con el niño cuando me pedía seno y yo no le daba”*; *“muy triste, llorábamos los dos (embarazo)”*
- Algunos comentarios de las madres entre los 22 y 30 años: *“triste, pero no podía hacer nada, mi marido me dijo que me cuidara para no quedar embarazada, tomé las pastas para planificar”*; *“mal, porque no podía darle seno cuando él quería por lo del trabajo, hasta que se secó”*
- El otro grupo de madres, entre los 31 y 39 años, argumentaron: *“Tristeza, porque no le daba la tetica, él (esposo) no me dejaba ir a la casa cuando estábamos trabajando, decía que el niño ya estaba grande”*

Las vivencias de descanso por la finalización de la lactancia materna por los diferentes grupos estaban argumentados por:

- La experiencia de madres entre los 23 y 30 años: *“descansé, porque chupan muy duro”*; *“me desesperaba cuando lloraba pidiendo seno”*.
- Las madres entre los 31 y 39 años aludían: *“descansé, ya me tenía muy acabada”*

Al la actitud materna de no sentir nada frente a la culminación de la lactancia materna estas fueron sus argumentos:

- Las madres adolescentes apuntaban que: *“no se... normal”*; *“la verdad no sentí nada, el niño ya estaba grande”*.
- Madres entre los 23 y 30 años: *“no me sentí mal, porque eso ya lo habíamos hablado con el niño, los dos lo aceptamos”*

- Madres entre los 31 y 39 años: *“normal, creo que le di seno por un buen tiempo”; “ya era hora de quitárselo”*.

## 8. CONCLUSIONES

En las características sociodemográficas de las madres participantes se identificó que las edades oscilaron entre los 17 y 39 años; con una escolaridad desde algún grado de primaria hasta bachillerato completo; todas ellas residentes en el área rural del municipio de San Vicente del Caguán, Caquetá, pertenecientes al estrato 1; con ocupación hogar en todo lo relacionado con los quehaceres de la casa (cocinar, lavar y cuidado de los hijos) y participación ocasional en algunas actividades agrícolas y ganaderas propias de la región (ordeño del ganado vacuno y recolección de las cosechas de maíz, plátano y yuca). Además, se identificó que el 85% de las madres tenían de 1 a 3 hijos y el 15% restante más de 4 hijos.

Las acciones de las madres antes del destete en esta región del país están dadas por una edad de lactancia materna exclusiva de 5,3 meses en promedio de edad del niño; con mayor frecuencia se identificó que el inicio de la alimentación complementaria lo realizan con coladas de plátano preparadas con leche entera de vaca, las razones de esta práctica esta relacionadas con la baja disponibilidad alimentaria de frutas y verduras. Estas madres llevaron continuidad de la lactancia materna junto con la complementaria hasta lograr el destete. El elemento más utilizado para la administración de la complementaria fue el biberón (85%) y algunas (15%) utilizaron, además del biberón, la cuchara.

La edad promedio del destete por el grupo de mujeres del estudio fue de 16.2 meses de los niños(as). Las acciones identificadas para la finalización de la lactancia materna estuvieron dadas por la aplicación de diferentes sustancias en los pezones como tinidazol, sábila, vick vapurub y esparadrappo; y el consumo de anticonceptivos hormonales combinados orales. El tipo de destete realizado fue el natural (50%), forzoso (35%) y paulatino (15%). Para la finalización de la lactancia materna en esta población hubo influencia de la familia (35%), amigos (30%), personal de salud (5%) y ninguna persona (30%); la madre tomó la decisión por sí misma.

Los sentimientos frente al destete identificados en las madres participantes del estudio fueron de tristeza (50%), descanso (15%) y otras (35%) refirieron no haber percibido sentimiento alguno. Las actitudes de los niños identificadas por las madres ante este proceso fueron de aceptación (55%), llanto (30%) y rebeldía (15%).

## BIBLIOGRAFÍA

ALVARADO, Beatriz Eugenia; TABARES, Rosa Elizabeth y DELISLE, Helene. Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. *ALAN*, ene. 2005, vol.55, no.1, p.55-63. ISSN 0004-0622.

BARKER, DJP. Mothers, babies and disease in later life. London: BMJ Publications Group; 1994.

BROWN, KH; LÓPEZ DE ROMANA G, Creed de Kanashiro H. Infant feeding practices and their relationship with diarrheal and other disease in Huascar (Lima). *Pediatrics*. 1989;83:31-40.

CAMINO, Lupe. lactancia: una práctica que trasciende los tiempos. *Revista Peruana de Epidemiología*, Vol. 8 No 2, diciembre 1995.15.

CARMUEGA E., O'Donnell A. "La alimentación complementaria: Bases científicas para el consejo alimentario durante los trascendentes primeros dos años de la vida". *Bol.CESNI* vol.7. nov. 1998. p. 157-194.

CASTILLA, María Victoria. La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad. Disponible en: <http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/laventan/ventana22/189-1-218.pdf>  
Citado: 12-05-07

COLE, TJ, Et al. Weight reference charts for British long term breast fed infants. Acta Paediatr. 2002;91:1296-1300.

CORMENZANA, Victoria. El Destete: un periodo crucial en la nutrición del niño. Rev Pediatría Atención Primaria. 2006; 8 Supl I: S69-81.

DETTEWYLER, Katherine. La hora del destete. La leche league International. En: <http://www.lili.org/Lang/Español/destete.html>. Citado: 04-11-08

DEWEY K; COHEN R; BROWN K y RIVERA Landa. Age of introduction of complementary foods and growth of term, low birth weight, breast-fed infants: a randomised intervention study in Honduras. Am J Clin Nutr. 1999;69:679-686.

DEWEY KG. Nutrition, growth, and complementary feeding of the breastfed infant. Pediatr Clin North Am. 2001;48:87-104.

DUQUE, Maria Claudia y SALAZAR Edy. Terrenos de la gran expedición Humana, Serie Reportes De Investigación No 2, cuidado de las personas de los procesos de la salud y enfermedad en comunidades indígenas y negras. Página 211-215

ESPINOZA, H. The relationship between family structure and exclusive breastfeeding prevalence in Nicaragua. Salud Pública Mex. 2002 Nov-Dic;44(6):499-507

EIGENMANN PA, Zamora SA. An internet-based survey on the circumstances of food-induced reactions following the diagnosis of IgE-mediated food allergy. Allergy. 2002;57:449-453.

ERIKSSON JG, Et al. Early growth and coronary heart disease in later life: longitudinal study. BMJ. 2001;322:949-953.

FLEISHER Michaelson k; WEAVER L. Feeding and nutrition of infants and young children. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No. 87; 2000. Fecha de consulta: 17-09-07. Disponible en: [www.euro.who.int/document/WS\\_115\\_2000FE.pdf](http://www.euro.who.int/document/WS_115_2000FE.pdf) Citado 10-09-08

FOOTE, KD y LD Marrito. Weaning of infants. Arch Dis Child. 2003;88:488-492  
GRAÍTCER, P."Current breast feeding and weaning practices in Haiti". Journal of Tropical Pediatric; February 1984, Vol. 30 p 10-16

FORSYTH, SJ; Et al. Relation between early introduction of solid food to infants and their weight and illnesses during the first two years of life. BMJ. 1993;306:1572-1576.

HEINING JM y DEWEY K. Health advantages of breast-feeding for infants: A critical review. Nutr Res Rev 1996;9:89-110

HESS, Graciela. El Destete del seno materno. Disponible en: <http://blog.360.yahoo.com/blog-2JN98d4ydLwD4w97BelHSQ--?cq=1&p=61>. Citado: 19-09-07

JALLA, S; WESTCOTT, J. Zinc absorption and exchangeable zinc pool sizes in breastfed infants fed meat or cereal as first complementary food. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2002;34:35-41.

KLEINMAN RE. Complementary feeding and later health. Pediatrics. 2000;106 (suppl):1287-1290.

KOLB H, Pozzilli P. Cows milk and type 1 diabetes; the gut immune system deserves attention. *Immunol Today*. 1999;120:108-110.

KOLETZKO, B,. Complementary foods and the development of food allergy. *Pediatrics*. 2000; 106:1285-1286.

KRAMMER, MS,; CHALMERS, B; Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT); a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001;285:413-420.

La Alianza Mundial pro Lactancia Materna. Influencia padre-hijo. Disponible En: <http://www.waba.org.my/gims/mstf/vol4no3spa.doc>. Citado: 24-06-07

LANIGAN, J.A. Systematic review concerning the age of introduction of complementary foods to the healthy full-term infant. *Eur J Clin Nutr*. 2001; 55:309-320.

LAWRENCE, R.A. La Lactancia Materna. Mosby /Doyma Libree .S.A. Madrid. 1996. 183 – 205.

ODDY WH, Et al. Association between breast feeding and asthma in 6 year old children; findings of a prospective birth cohort study. *BMJ*. 1999;319:815-819.

OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna. *Rev Cubana Aliment Nutr* 1993;7(1):6-7

OPS. Seminario Panamericano Sobre LACTANCIA MATERNA PARA FACULTADES DE ENFERMERÍA. Educación en lactancia para los profesionales de la salud / Seminario Panamericano Sobre Lactancia Materna. Washington: 1990.

OPS, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías Alimentarias para los niños y niñas colombianos menores de dos años. Caracterización de la población. Bogotá DC, Colombia 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado. Unidad de nutrición, salud de la familia y comunidad. Washington DC, 2003. Disponible En: [http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf) Revisado: 20-10-08

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Ginebra: 2001. Resolución WHA54.2 de la Asamblea Mundial de la Salud.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Un programa de cuidados de la salud para la madre y el niño. Publicación:La Organización, 1966. Pag. 92-93

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Una guía esencial de la OMS sobre planificación familiar. Tercera edición. 2005.

PADMADAS, Sabu,; I, Hutter y F, Willekens. Weaning initiation patterns and subsequent linear growth progression among children aged 2-4 years in India. *Int J Epidemiol.* 2002;31:855-863.

PERAZA ROQUE, Georgina, SOTO MARCELO, Mercedes, DE LA LLERA SUAREZ, Elina *et al.* Factores asociados al destete precoz. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [online]. mayo-jun. 1999, vol.15, no.3 [citado 01 Marzo 2008], p.278-284. Disponible en la World Wide Web:

<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-0&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-0&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-2125.

ROMERO ROY, María Elena y JIMENO SALGADO, José Francisco. La lactancia Materna en el niño mayor. Medicina naturista, 2006; N.º10:646-652. I.S.S.N.:1576-3080

ROMIEU I; HERNÁNDEZ AVILA M; LÓPEZ L y ROMERO Jaime. Breast cancer and lactation history in Mexican women. Am J Epidemiol 1996;143: 543-552.

SERRANO AGUAYO, Pilar. Alimentación complementaria y destete en el niño. En: Lactancia Materna. Josefa Aguayo Maldonado (Ed.) Universidad de Sevilla. 2001

VITORIA, JC,. Cow's milk protein sensitive enteropathy. In: Businco L, Oehling A, Renner B, Moran J, eds. Food Allergy in Infancy. Madrid: Garsi; 1992. p. 165-177.

WHITEHEAD, RG, y AA,Paul. Long-term adequacy of exclusive breast feeding: how scientific research has led to revised opinions. Proc Nutr Soc. 2000;59:17

WILSON, AC, Et al. Relation of infant diet to childhood health: seven years follow up of a cohort of children in Dundee infant feeding study. BMJ. 1998;316:21-25.

WHO. La duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Comunicado de prensa N°. 7 de abril 2, 2001.

WHO/NUT/98.1. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva: WHO; 1998.

WHO. Fifty-fourth World Health Assembly. WHA54.2. Agenda item 13.1. Infant and young child nutrition. 18/may/2001. Geneve: WHO; 2001

WHO Working Group on Infant Growth. An evaluation of infant growth. Geneva: WHO; 1994.

**ANEXOS**



## **ANEXO 1**

### **INVESTIGACIÓN**

#### **“CUIDADOS MATERNALES EN LA PRACTICA DEL DESTETE DEL NIÑO”**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ identificada con la CC N° \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento informado para participar en la investigación denominada:

Declaro que me han explicado de forma clara y precisa los objetivos, propósitos y beneficios de la investigación y he recibido una copia de este documento y a su vez certifico que soy mayor de edad, con capacidad legal para consentir y que consiento a participar en la entrevista solicitada. Reconozco que mi participación no me ocasiona ningún riesgo, inconveniente o molestia para mi salud e integridad personal, por el contrario recibiré los beneficios de conocer sobre el tema y tener la oportunidad de hacer preguntas sobre este proyecto, que han sido contestadas a mi satisfacción.

Los investigadores responsables se han comprometido a darme la información oportuna sobre cualquier cambio en la investigación; así como a responder cualquier duda que les plantee acerca de la misma. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

Los investigadores responsables me han dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se han comprometido a dar la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de los responsables de la investigación

Brunilet Rico Sánchez \_\_\_\_\_



## ANEXO 2

Encuesta	
----------	--

### PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA FACULTAD DE ENFERMERÍA

#### PRÁCTICAS DURANTE EL PROCESO DE DESTETE (Instrumento)

#### 1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1.1 Edad: \_\_\_\_\_

1.2

Escolaridad:

Primaria: <input type="checkbox"/>	Primaria incompleta <input type="checkbox"/>
Secundaria: <input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta <input type="checkbox"/>
Universitarios: <input type="checkbox"/>	Universitarios incompleta: <input type="checkbox"/>
Técnicos <input type="checkbox"/>	Técnicos incompleta: <input type="checkbox"/>

**1.3 Estrato social:**

1  2  3  4  5  6

**1.4. Procedencia en el último año:** \_\_\_\_\_

**1.5. Ocupación:** \_\_\_\_\_

**1.6. No de hijos:** \_\_\_\_\_

## **2. PRÁCTICAS DE DESTETE:**

**2.1** ¿Hasta qué edad alimentó a su hijo exclusivamente con leche materna (sin dar ningún tipo de alimento o bebida)?

\_\_\_\_\_

**2.2** ¿Por qué?: \_\_\_\_\_

**2.3** ¿Con qué alimentos inició? \_\_\_\_\_

**2.4** ¿Qué utensilios utilizó para dar otros alimentos? (cuchara, vaso, biberón):

\_\_\_\_\_

**2.5** ¿Continuó dando leche materna después de haber iniciado otros alimentos a su hijo(a)?: \_\_\_\_\_

**2.6** ¿Qué edad tenía su hijo (a) cuando tomó la decisión de suspender la lactancia Materna? \_\_\_\_\_

**2.7** ¿Cómo inició el destete?

Leche materna luego alimentación complementaria	<input type="checkbox"/>
Alimentación complementaria luego Leche materna	<input type="checkbox"/>

**2.8** ¿Se aplicó algo en sus senos? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

**2.9** ¿Qué?: \_\_\_\_\_

**2.10** ¿Le hizo efecto? \_\_\_\_\_

**2.11** ¿Tomó algo? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

**2.12** ¿Qué tomó?: \_\_\_\_\_

**2.13** ¿Le hizo efecto? \_\_\_\_\_

**2.14** ¿le cambió el seno por dulces, biberón, chupo? \_\_\_\_\_

**2.15** ¿Qué actitudes tuvo su hijo ante este proceso de destete?

Aceptación                       Necio                       Depresivo

Rechazo                       Rebelde                       Frecuente llanto

Explique: \_\_\_\_\_

**2.16** ¿Después del destete continuó en ocasiones amamantando al niño? si \_\_\_\_\_  
no \_\_\_\_\_ ¿Por qué?: \_\_\_\_\_

**2.17** ¿Qué sintió su hijo al dejar de amamantarlo? (se distanció, se acercó, o no pasó nada): \_\_\_\_\_

**2.18** ¿Qué tipo de destete considera que practicó?

Destete natural

Destete paulatino

Destete forzoso

Destete obligatorio

Explique: \_\_\_\_\_

**2.19** ¿Hubo influencia de otras personas para llevar a cabo el destete (Familia, sociedad, otros)?: \_\_\_\_\_

**2.20** ¿Cómo se sintió usted al destetar a su hijo a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

