

**MARIANA LARRAHONDO GÓMEZ
PILAR ANDREA GUZMÁN SÁNCHEZ**
EDITORAS CIENTÍFICAS



DE LA LACTANCIA MATERNA A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

INVESTIGACIONES, EXPERIENCIAS E INTERVENCIONES
EN PROFESIONALES DE SALUD



EDITORIAL



Cita este libro:

Larrahondo Gómez, M, Guzmán Sánchez PA, editoras científicas. De la lactancia materna a la alimentación complementaria: Investigaciones, experiencias e intervenciones en profesionales de salud. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2022.

Palabras Clave / Keywords:

Lactancia materna, alimentación complementaria, embarazo, nutrición, crecimiento y desarrollo, lactante.

Breastfeeding, complementary feeding, pregnancy, nutrition, growth and development, infant.

Contenido relacionado:

<https://investigaciones.usc.edu.co/>

DE LA LACTANCIA MATERNA A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

INVESTIGACIONES, EXPERIENCIAS E INTERVENCIONES
EN PROFESIONALES DE SALUD

From breastfeeding to complementary feeding:
Research, experiences and interventions in health professionals

Mariana Larrahondo Gómez
Pilar Andrea Guzmán Sánchez

Editoras científicas



EDITORIAL

De la lactancia materna a la alimentación complementaria: Investigaciones, experiencias e intervenciones en profesionales de salud / Mariana Larrahondo Gómez; Pilar Andrea Guzmán Sánchez [Editoras científicas]. -- Santiago de Cali: Universidad Santiago de Cali, Sello Editorial, 2022.
254 páginas: ilustraciones; 24 cm.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN: 978-628-7501-54-6

ISBN (Digital): 978-628-7501-55-3

1. Lactancia materna 2. Alimentación complementaria 3. Embarazo 4. Lactante 5. Crecimiento y desarrollo
I. Mariana Larrahondo Gómez II. Pilar Andrea Guzmán Sánchez. Universidad Santiago de Cali.

LC WS125

CO-CaUSC

jrgb/2022



EDITORIAL

**De la lactancia materna a la alimentación complementaria:
Investigaciones, experiencias e intervenciones en profesionales de salud.**

© **Universidad Santiago de Cali.**

© **Editora científica:** Mariana Larrahondo Gómez y Pilar Andrea Guzmán Sánchez.

© **Autores:** Pilar Andrea Guzmán Sánchez, Mariana Larrahondo, Jennifer Palacios Lenis, Bernarda Leones Araque, Regina Domínguez Anaya, Cynthia Lineth Ramirez Cartagena, Tatiana Medina Cortés, Daniela Álvarez Orozco, Yissel Paola Barrios Zabaleta, Tatiana Carolina Bossa Mendoza, Yurika De Jesús Pájaro Bello, Andrea Katerine, Claudia Sofía Álvarez Rossi, Henzer Javier Cabarcas Dickens, Rosa Aura Mendoza Ballesteros, Anjhi Erazo Lasso, Juliana Solís Estacio, Vanessa Bedoya Mejía, Janeris Díaz Del Toro y Fayzury Sánchez Fernández.

Edición 100 ejemplares

Cali, Colombia

2022

**Comité Editorial
Editorial Board**

Claudia Liliana Zúñiga Cañón
Edward Javier Ordóñez
José Fabián Ríos
Herman Alberto Revelo
Mónica Carrillo Salazar
Santiago Vega Guerrero
Milton Orlando Sarria Paja
Sandro Javier Buitrago Parias
Mónica Alexandra Monsalve Álvarez

Proceso de arbitraje doble ciego:
“Double blind” peer-review.

Recepción/Submission:
Julio (July) de 2021.

**Evaluación de contenidos/
Peer-review outcome:**
Agosto (August) de 2021.

Aprobación/Acceptance:
Septiembre (Septiembre) de 2021.



La editorial de la Universidad Santiago de Cali se adhiere a la filosofía de acceso abierto. Este libro está licenciado bajo los términos de la Atribución 4.0 de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso, el intercambio, adaptación, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre y cuando se dé crédito al autor o autores originales y a la fuente <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Contenido

Prólogo..... 9

Resumen 13

01 LACTANCIA MATERNA

Capítulo 1

Prácticas de lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y desarrollo motor del niño 19

Regina Domínguez Anaya, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Bernarda Leones Araque, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Mariana Larrahondo Gómez, Universidad Santiago de Cali
Claudia Sofía Álvarez Rossi, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Henzer Javier Cabarcas Dickens, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Rosa Aura Mendoza Ballesteros, Universidad de San Buenaventura

Capítulo 2

La lactancia materna y su influencia en la prevención de hábitos parafuncionales 55

Pilar Andrea Guzmán Sánchez, Universidad Santiago de Cali
Mariana Larrahondo Gómez, Universidad Santiago de Cali
Jennifer Palacios Lenis, Universidad Santiago de Cali
Bernarda Leones Araque, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Anjhi Erazo, Universidad Santiago de Cali
Juliana Solís Estacio, Universidad Santiago de Cali

Capítulo 3

Abordaje de la deglución en la unidad de cuidado crítico pediátrico y neonatal: de la lactancia a la alimentación complementaria 83

Cynthia Lineth Ramírez Cartagena, Universidad Santiago de Cali
Tatiana Medina Cortés, Universidad Santiago de Cali
Mariana Larrahondo Gómez, Universidad Santiago de Cali

Capítulo 4

Lactancia materna desde la mirada de las madres adolescentes: “saber, hacer y actuar” 103

Regina Domínguez Anaya, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Bernarda Leones Araque, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Mariana Larrahondo Gómez, Universidad Santiago de Cali
Vanessa Bedoya Mejía, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Janeris Díaz Del Toro, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Fayzury Sánchez Fernández, Universidad San Buenaventura de Cartagena

02 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Capítulo 5

Comprendiendo la alimentación complementaria: del conocimiento a la práctica, rol de las madres jóvenes 147

Mariana Larrahondo Gómez, Universidad Santiago de Cali
Bernarda Leones Araque, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Regina Domínguez Anaya, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Pilar Andrea Guzmán Sánchez, Universidad Santiago de Cali
Cynthia Lineth Ramirez Cartagena, Universidad Santiago de Cali

Capítulo 6

Efectividad de los programas educativos sobre prácticas alimentarias: artículo de revisión 189

Bernarda Leones Araque, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Mariana Larrahondo Gómez, Universidad Santiago de Cali
Tatiana Carolina Bossa Mendoza, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Yurika De Jesús Pájaro Bello, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Andrea Katerine Barrios Leone, Universidad San Buenaventura de Cartagena

Capítulo 7

Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias en poblaciones vulnerables. artículo de revisión 215

Bernarda Leones Araque, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Mariana Larrahondo Gómez, Universidad Santiago de Cali
Pilar Andrea Guzmán Sánchez, Universidad Santiago de Cali
Daniela Álvarez Orozco, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Yissel Paola Barrios Zabaleta, Universidad San Buenaventura de Cartagena

Acerca de los autores 245

Pares evaluadores 251

Content

Foreword..... 9

Abstract 15

01 BREASTFEEDING

Chapter 1

Exclusive Breastfeeding Practices, Complementary Feeding and Infant Motor Development 19

Regina Domínguez Anaya, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Bernarda Leones Araque, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Mariana Larrahondo Gómez, Universidad Santiago de Cali
Claudia Sofía Álvarez Rossi, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Henzer Javier Cabarcas Dickens, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Rosa Aura Mendoza Ballesteros, Universidad de San Buenaventura

Chapter 2

Breastfeeding and its influence on the prevention of parafunctional habits... 55

Pilar Andrea Guzmán Sánchez, Universidad Santiago de Cali
Mariana Larrahondo Gómez, Universidad Santiago de Cali
Jennifer Palacios Lenis, Universidad Santiago de Cali
Bernarda Leones Araque, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Anjhi Erazo, Universidad Santiago de Cali
Juliana Solís Estacio, Universidad Santiago de Cali

Chapter 3

Approach to swallowing in the pediatric and neonatal critical care unit: from breastfeeding to complementary feeding..... 83

Cynthia Lineth Ramírez Cartagena, Universidad Santiago de Cali
Tatiana Medina Cortés, Universidad Santiago de Cali
Mariana Larrahondo, Universidad Santiago de Cali

Chapter 4

Breastfeeding from the point of view of teenage mothers: “knowing, doing and acting” 103

Regina Domínguez Anaya, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Bernarda Leones Araque, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Mariana Larrahondo Gómez, Universidad Santiago de Cali
Vanessa Bedoya Mejía, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Janeris Díaz Del Toro, Universidad San Buenaventura de Cartagena
Fayzury Sánchez Fernández, Universidad San Buenaventura de Cartagena

02 COMPLEMENTARY FEEDING

Chapter 5

Understanding complementary feeding: from knowledge to practice, role of young mothers 147

Mariana Larrahondo Gómez, *Universidad Santiago de Cali*
Bernarda Leones Araque, *Universidad San Buenaventura de Cartagena*
Regina Domínguez Anaya, *Universidad San Buenaventura de Cartagena*
Pilar Andrea Guzmán Sánchez, *Universidad Santiago de Cali*
Cynthia Lineth Ramirez Cartagena, *Universidad Santiago de Cali*

Chapter 6

Effectiveness of educational programs on dietary practices: review article 189

Bernarda Leones Araque, *Universidad San Buenaventura de Cartagena*
Mariana Larrahondo Gómez, *Universidad Santiago de Cali*
Tatiana Carolina Bossa Mendoza, *Universidad San Buenaventura de Cartagena*
Yurika De Jesús Pájaro Bello, *Universidad San Buenaventura de Cartagena*
Andrea Katerine Barrios Leone, *Universidad San Buenaventura de Cartagena*

Chapter 7

Food knowledge, attitudes and practices in vulnerable populations. Review article 215

Bernarda Leones Araque, *Universidad San Buenaventura de Cartagena*
Mariana Larrahondo Gómez, *Universidad Santiago de Cali*
Pilar Andrea Guzmán Sánchez, *Universidad Santiago de Cali*
Daniela Álvarez Orozco, *Universidad San Buenaventura de Cartagena*
Yissel Paola Barrios Zabaleta, *Universidad San Buenaventura de Cartagena*

About the authors 245

Peer evaluators 251

Prólogo

Foreword

“Juntos, mediante compromiso, acción concertada y colaboración, podemos velar por que todas las madres tengan acceso a asesoramiento cualificado sobre lactancia materna y empoderarlas para que ofrezcan a sus hijos el mejor comienzo posible en la vida”

OMS, 2020.

Este libro presenta a la comunidad científica del área de la salud, al talento humano en salud que se encuentra en formación y al colectivo en general, un abordaje completo desde la investigación referente a la lactancia materna, la cual ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un hábito relacionado con la supervivencia humana de vital importancia en los primeros años de vida de la población infantil.

Esta práctica que tiene una base tanto histórica, como cultural es vital para el desarrollo de esta población, ya que la leche materna es el único alimento que tiene una composición que garantiza que los menores reciban todos los nutrientes que requiere su organismo para un adecuado funcionamiento y reduce los riesgos de problemas nutricionales como la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades derivadas como la diabetes, además contribuye en la maduración de las estructuras orofaciales y a la prevención de futuros hábitos parafuncionales.

En la actualidad diversas creencias y factores socioculturales han llevado a que la práctica de la lactancia materna quede en segundo plano, factores como; la edad, la clase social, el grado de educación de los padres, el estado civil, hábitos como el tabaquismo o el consumo de alcohol, la primiparidad, la intención previa de alimentar a los menores con fórmula, el retraso en el contacto piel a piel, el uso en los hospitales de fórmula previo al alta y en algunas condiciones como la fisura labiopalatina, el soporte familiar y del entorno inmediato, así como los problemas con la mamá y/o el pezón, ocasionan que esta no se lleve a cabo, o no se practique durante el tiempo que requieren los bebés.

Dentro de las ventajas que tiene la leche materna, se encuentra que ayuda a prevenir las enfermedades prevalentes en la infancia, como la enfermedad diarreica aguda y las infecciones respiratorias. Así mismo, la alimentación con leche materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida puede reducir la severidad o gravedad de estas enfermedades; la acción protectora de la leche materna se debe a su contenido de inmunoglobulinas como la A y algunos oligosacáridos. Además, se ha reportado que los menores a los cuales sus madres alimentaron con leche materna exclusivamente durante los primeros seis meses de vida presentan un menor riesgo de muerte súbita y mejores resultados en los procesos de neuro- desarrollo.

A nivel mundial se han venido implementando diversos programas de apoyo alimentario con el fin de reducir la desnutrición crónica y los efectos que esta conlleva en los niños menores de cinco años. En Colombia, estos programas se vienen ejecutando desde hace varias décadas, sin embargo, la prevalencia de esta se ha mantenido prácticamente invariable. Las acciones que han demostrado una mayor efectividad para reducir esta cifra se relacionan con el fomento de la lactancia materna.

Debido al panorama anteriormente mencionado, me complace presentar este libro que busca garantizar el acceso a muchas personas. En las investigaciones detalladas en este libro participaron representantes de diversas universidades del país y profesionales de la salud, con el fin de desarrollar e implementar estrategias en pro de la lactancia materna, convencidos de los grandes beneficios que tiene la lactancia, promoviendo esta práctica en nuestras comunidades para lograr el cumplimiento de las metas propuestas a nivel nacional e internacional frente a la alimentación con leche materna.

El libro permite profundizar conocimientos sobre lactancia materna y unificar criterios en torno a esta práctica; así mismo permite resolver preguntas que se presentan alrededor del tema trabajado, enmarcados en la práctica basada en la evidencia.

Para su mejor comprensión el libro está estructurado en capítulos que abordan resultados de investigaciones acerca de la lactancia materna,

la alimentación complementaria, diferentes experiencias e intervenciones para el fomento de esta práctica, por lo tanto, se configura como libro que permite a los lectores obtener una visión global de la lactancia materna, con el fin de asumir una posición frente al tema para aunar esfuerzos que permitan una mayor adopción de la misma.

Sandra Paola Mondragón Bohórquez
Fonoaudióloga – Universidad Nacional de Colombia
Magíster en Trastornos del Lenguaje y el Habla Universidad de Talca
Candidata a Doctor en Salud Pública- Universidad El Bosque

Resumen

Los dos primeros años de vida suponen un periodo fundamental en el desarrollo emocional, comunicativo, social y físico del niño y la manera de alimentarse va a repercutir directamente a la hora de conseguir un crecimiento, desarrollo y estado de salud óptimo. El texto *De la lactancia materna a la alimentación complementaria: Investigaciones, experiencias e intervenciones en profesionales de salud*, es el resultado del trabajo desarrollado con madres, cuidadores y profesionales de la salud, en respuesta a las diferentes perspectivas y experiencias de aprendizaje en el proceso de alimentación que cursan familias y los niños durante los primeros años de vida.

El alimento principal del lactante, durante sus primeros doce meses de vida seguirá siendo la leche materna, y poco a poco se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como sustitución de esta. En los últimos años las recomendaciones han cambiado numerosas veces, siendo notablemente diferentes de los consejos recibidos por la generación anterior.

A pesar de suscitar las buenas prácticas en todo el planeta, las condiciones alimenticias, el conocimiento, las actitudes y el vínculo madre – niño, son elementos importantes en la consecución de los nutrientes necesarios para crecer, y para proteger contra todo tipo de infecciones y enfermedades.

Con el reto de promover, enseñar e incentivar los beneficios en salud, se propone este libro, que recopila las prácticas educativas, sociales y discursivas en apoyo a la lactancia materna y la alimentación complementaria en el contexto nacional. Además de evidenciar la labor de académicos, profesionales e investigadores que trabajan y documentan las acciones más destacadas en este ámbito de la salud.

A lo largo de distintos capítulos se analiza las facetas relacionadas con la lactancia materna y la alimentación complementaria, abordando aspectos epidemiológicos, culturales, sociales y fisiológicos, etc. con un adecuado rigor que combina la selección, evaluación y ajuste de las te-

máticas, que al conjugarse completamente, responden al interés general de madres, padres, profesionales de la salud, cuidadores y demás actores que intervienen en el óptimo desarrollo de la alimentación en los niños.

Abstract

The first two years of life are a fundamental period in the emotional, communicative, social and physical development of the child and the way of feeding will have a direct impact on the child's growth, development and optimal health. The text "From breastfeeding to complementary feeding: Research, experiences and interventions in health professionals", is the result of the work developed with mothers, caregivers and health professionals, in response to the different perspectives and learning experiences in the feeding process that families and children go through during the first years of life.

The infant's main food during the first 12 months of life will continue to be breast milk, and little by little the infant will be offered solid or liquid foods other than breast milk or infant formula as a complement and not as a substitute for it. In recent years, the recommendations have changed many times, being notably different from the advice received by the previous generation.

In spite of the fact that good practices are being promoted all over the world, nutritional conditions, knowledge, attitudes and the mother-child bond are important elements in obtaining the necessary nutrients to grow, and to protect against all types of infections and diseases.

With the challenge of promoting, teaching and encouraging health benefits, this book is a compilation of educational, social and discursive practices in support of breastfeeding and complementary feeding in the national context. It also highlights the work of academics, professionals and researchers who work and document the most outstanding actions in this area of health.

Throughout different chapters, the facets related to breastfeeding and complementary feeding are analyzed, addressing epidemiological, cultural, social and physiological aspects, etc. with an adequate rigor that combines the selection, evaluation and adjustment of the topics, which when fully combined, respond to the general interest of mothers, fathers, health professionals, caregivers and other actors involved in the optimal development of feeding in children.

01

**LACTANCIA
MATERNA**

Prácticas de lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y desarrollo motor del niño

Exclusive breastfeeding practices, complementary feeding and infant motor development

Regina Domínguez Anaya

Universidad San Buenaventura de Cartagena
✉ rdominguez@usbctg.edu.co
🌐 <https://orcid.org/0000-0001-8752-0479>

Claudia Sofía Álvarez Rossi

Universidad San Buenaventura de Cartagena
✉ sofiaalvarezrossi@gmail.com
🌐 <https://orcid.org/0000-0002-9222-2924>

Bernarda Leones Araque

Universidad San Buenaventura de Cartagena
✉ bernarda.leones@usbctg.edu.co
🌐 <https://orcid.org/0000-0002-5864-0380>

Henzer Javier Cabarcas Dickens

Universidad San Buenaventura de Cartagena
✉ henzer9609@hotmail.com
🌐 <https://orcid.org/0000-0002-3891-6474>

Mariana Larrahondo Gómez

Universidad Santiago de Cali
✉ mariana.larrahondo01@usc.edu.co
🌐 <https://orcid.org/0000-0001-9611-005X>

Rosa Aura Mendoza Ballesteros

Universidad de San Buenaventura
✉ romeba_1992@hotmail.com
🌐 <https://orcid.org/0000-0003-0761-7997>

Resumen. El consumo de leche materna, es esencial en el desarrollo de habilidades durante la infancia; es un proceso secuencial y se considera como un fenómeno corporal, cognitivo y emocional siendo la lactancia materna exclusiva (LME), una de las principales fuentes favorecedoras del crecimiento y desarrollo durante los primeros seis meses, e influyente en el fortalecimiento de las emociones. Una vez se cursa en esta etapa,

Cita este capítulo / Cite this chapter:

Domínguez Anaya R, Leones Araque B, Larrahondo Gómez M, Álvarez Rossi CS, Cabarcas Dickens HJ, Mendoza Ballesteros RA. Prácticas de lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y desarrollo motor del niño. En: Larrahondo Gómez M, Guzmán Sánchez PA, editoras científicas. De la lactancia materna a la alimentación complementaria: Investigaciones, experiencias e intervenciones en profesionales de salud. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2022. p. 19-54.

se inicia el proceso de alimentación complementaria con importancia para adquirir y variar la ingesta de otros alimentos, que junto con la LM se extiende hasta los 24 meses. El estudio es de corte transversal analítico. La población constituyó todas las madres adolescentes lactantes que ingresaron por primera vez a la Fundación JuanFe y los niños adscritos. Se indagó sobre las características sociodemográficas de las madres y niños, tiempo de lactancia materna exclusiva y motivos de abandono; en el niño se aplicó la Escala Abreviada-3 de Nelson Ortiz. Finalmente, como hallazgo importante se encuestaron a 60 madres, y se aplicó la escala abreviada en 60 niños, las madres estaban en edad media de 18 años y los niños 12 meses, el 78% de ellas terminó el bachillerato, el 58% vive en unión libre, y el 78% pertenece a un estrato socioeconómico bajo. La lactancia mixta fue del 25% y otro 20% lactancia materna exclusiva, el 68% de los niños recibió tempranamente otro tipo de alimento. El abandono precoz de la (LME) fue del 37% por poca producción de leche y el 16% lo hizo por mayor demanda de alimento del niño. El desarrollo motor de los niños estuvo de acuerdo con lo esperado para la edad en áreas motora gruesa y fina. De allí que se establece a partir de los datos que la lactancia predominante es de tipo mixta, sin embargo, las madres adolescentes lactan aproximadamente hasta un año o más siendo esta práctica un factor protector en el desarrollo motor del niño, ya que la gran mayoría presenta un desarrollo esperado para su edad.

Palabras claves: alimentación suplementaria, lactancia materna, desarrollo infantil.

Abstract. The consumption of breast milk in the motor development of the child, is considered as the natural way to acquire skills during childhood, in the same way this is a sequential process and is considered as a bodily, cognitive and emotional phenomenon being exclusive breastfeeding a of the main sources that favor growth and development during the first 6 months, and influential in strengthening emotions. Once this stage is completed, the complementary feeding process begins, with importance for acquiring and varying the intake of other foods, which together with BF extends up to 24 months. An analytical cross-sectional quantitative approach was expressed. The population consisted of all the lactating adolescent mothers who entered the Foundation for

the first time and the assigned children. The sociodemographic characteristics of mothers and children, time of exclusive breastfeeding and reasons for abandonment were investigated, in the child the Abbreviated Scale-3 of Nelson Ortiz was applied. Finally, as an important finding, 60 mothers were surveyed, as well as the application of the abbreviated scale in 60 children, the mothers had an average age of 18 years and the children 12 months, 78% of them finished high school, 58% live in common law union, and 78% belong to a low socioeconomic stratum. Mixed breastfeeding was 25% and another 20% exclusive breastfeeding, 68% of the children received another type of food early. The early abandonment of EBF was 37% due to low milk production and 16% did so due to increased demand for food from the child. The motor development of the boys and girls was expected for age in gross and fine motor areas. Hence, it is established from the data that the predominant breastfeeding is of the mixed type, however, adolescent mothers breastfeed approximately up to 1 year of age or more, this practice being a protective factor in the child's motor development, since the vast majority present an expected development for their age.

Key words: Supplementary Feeding, Breastfeeding, Infant Development.

A manera de introducción ¿cómo y cuándo de las practicas alimentaria en el niño?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que al dar lactancia materna exclusiva no se suministre al infante ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua; lo ideal es que junto con la leche materna el niño solo reciba gotas y jarabes “vitaminas, minerales y medicinas” (1), todo lo anterior por el alto contenido de agua (88%), proteínas, carbohidratos, minerales y grasas. También contiene, hormonas y enzimas (2) (3). Son estas propiedades las que fortalecen el sistema inmunológico, favorecen el crecimiento, disminuye las hospitalizaciones por procesos infecciosos y/o respiratorios y reduce muertes en niños menores de 5 años (4).

Igualmente, la leche materna entre sus componentes incluye gran parte de vitaminas (A, C, D, E, K, B3, B6 B9, B12) (5) hierro que se absorbe en un 49%, hormonas como prostaglandinas E y F que aumentan el pe-

ristaltismo intestinal, y factores de crecimiento epidérmico y nervioso. Contiene hormonas hipofisarias, tiroideas y estrógenos; también otras sustancias moduladoras del crecimiento como: la taurina, fosfaetanolamina, interferón y enzimas. (6)

Es importante, tener en cuenta cómo influye el consumo de leche materna en el desarrollo motor del niño, el cual es considerado como la forma natural para adquirir habilidades durante la infancia, del mismo modo este es un proceso secuencial y se considera como un fenómeno corporal, cognitivo y emocional siendo la lactancia materna exclusiva, una de las principales fuentes favorecedoras del crecimiento y desarrollo durante los primeros cuatro meses; además es influyente en el fortalecimiento de las emociones. (7)

Así mismo, la alimentación complementaria es el proceso que se inicia desde los seis meses, cuando la leche materna no es suficiente fuente de nutrición y aporte calórico para el lactante y se requiere de la ingesta de otros alimentos, junto con la lactancia materna hasta los veinticuatro meses. (8)

Estos alimentos que se le suministran al niño deben ser oportunos, suficientes, inocuos y ofrecerse en la forma adecuada. Durante este periodo el lactante por estar en una etapa de desarrollo puede presentar ciertas carencias nutricionales lo que conlleva a un aumento de enfermedades y desnutrición, a nivel mundial, en niños menores de cinco años. (9)

Hay que señalar que el desarrollo del niño se puede interrumpir por varios factores, bien sea por enfermedad neurológica, congénita o metabólica y/o nacimiento prematuro (10). Hay un factor muy significativo con el tema de la alimentación complementaria, y es la influencia positiva o negativa dependiendo de la educación de los padres y familiares, puesto que se tiene la convicción que entre más temprano se le suministre alimento al menor, mayor será el aporte nutritivo y mejor será su desarrollo, llevando al niño a cambios metabólicos, de crecimiento y maduración

Es por ello que la alimentación complementaria, introducida antes de los cuatro meses se relaciona con el aumento de la grasa, generando mayor riesgo de sobrepeso en la niñez, comparado con aquellos que inician

a partir de los 6 meses, además se produce aumento de infecciones gastrointestinales, enfermedades respiratorias, desaceleración del crecimiento, anemia, daños renales y a largo plazo, preferencias alimentarias no saludables y alergias a ciertos alimentos (11), así como la reducción de la capacidad física, del desempeño cognoscitivo, cambios en el comportamiento, y masticación lenta que conlleva a problemas de conducta en la edad escolar. (12)

En este sentido, la Tarjeta de Puntuación Mundial para la Lactancia Materna realiza una evaluación en 194 naciones, para conocer el índice de niños que recibían LME, encontrando que el 40% de niños menores de seis meses recibían (LME) y solo en 23 países se realizaba esta práctica por encima del 60%, esto no llega a cumplir con las recomendaciones de la OMS, lo cual refiere que el 50% de la población de niños debe ser alimentado única y exclusivamente con leche materna. (13)

Investigaciones realizadas por el fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF), describe que son muchos los factores que conllevan al descenso progresivo de la alimentación exclusiva. El estudio epidemiológico que fue realizado en España muestra que el 43% (2 de cada 5) de los niños no continúa su LM hasta los seis meses de vida, y esto conlleva a que se incremente el riesgo de padecer enfermedades como neumonía, diarreas o infecciones urinarias. (14)(15)

Igualmente, en otro estudio realizado en España, se indagó sobre las razones que llevaban a las madres al abandono temprano de lactancia materna - antes de seis meses de edad-, manifestando, escasa ganancia de peso en el bebé, hipogalactia, el tipo de lactancia que iban a emplear, ser de clase social baja; las madres con permiso de cuatro a seis meses representaban el mayor abandono que las que no laboraban. (16)

Latinoamérica, es un territorio en el que la ONU ha centrado un poco más sus objetivos de nutrición y reducción de muerte para bebés menores de seis meses en los últimos años, ya que la vulnerabilidad de estos países es muy alta, así como la relación íntima con la contaminación, el entorno social y la pobreza. Un estudio realizado en el 2008 en las regiones de Latinoamérica y del Caribe muestra que obtuvieron un nivel intermedio en consumo de LM, en comparación con los estudios realiza-

dos en el 2016, esto varía debido a factores como la situación socioeconómica, la educación, la geografía y la cultura. (17)

Además, en el Perú, se realizó un estudio que muestra que el 70% de las mujeres conoce los beneficios que contiene la leche materna hasta los seis meses de edad, que garantiza un crecimiento y desarrollo normal al niño; solo un 30 % desconoce el tema, bien sea las ventajas o el momento para principiar el amamantamiento del niño (18).

En Colombia, la Encuesta nacional de la situación nutricional (ENSIN), caracteriza las prácticas de alimentación del lactante mediante la medición y el análisis de los indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria, con el fin de orientar las políticas públicas que mejoren la nutrición y la salud del lactante (19). Cabe resaltar que la situación nutricional del niño depende de las prácticas de alimentación que adoptan los padres, se pone la mirada en el tema debido a que por cada tres niños uno es amamantado de forma exclusiva, esto determina el pobre resultado que muestran las estadísticas con respecto al no seguimiento correcto de las prácticas de lactancia materna; la zona Atlántica tienen menor porcentaje (69,8%) al compararlo con la región central con un (75,4%), igualmente al 2015, en Colombia, ha disminuido la práctica de LME a 36,1% (20).

En ese sentido, en Bogotá, se efectuó un estudio para saber la opinión que tienen las madres adolescentes con respecto a la LME; son diversas las expresiones y experiencias sobre las prácticas de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria; entre las causas más relevantes para el destete temprano, está la falta de tiempo, ocupación de la madre y/o por problemas a nivel de seno (21). El abandono de la lactancia ocurre antes de los dos meses de edad del niño(a), siendo mayor desde el nacimiento y en menor prevalencia después de los cuatro meses (22).

Entre los factores de riesgo en el abandono de la lactancia son: la edad de la madre; las mayores de 26 años lactan por más tiempo, puesto que tienen mayor madurez y deseos de tener un hijo, a diferencia a las de menor edad que por lo general tienen embarazos no planificados o no deseados; las madres con educación media lactan por más tiempo, en comparación con aquellas que tienen estudios universitarios, al igual que el nivel socioeconómico que, entre más bajo, menor será el tiempo de lactancia (23).

Las madres refieren que los motivos por los cuales abandonan temprano la lactancia, es porque el niño queda con hambre, por estética, enfermedades del infante y/o la madre, con el inicio de estudio o trabajo tiene relevancia el rechazo del pecho, también influye el desconocimiento con respecto a los beneficios que le aporta la leche materna al niño y su importancia en el proceso de crecimiento y maduración nerviosa, así como las posturas ideales que se deben optar al momento de amamantar (24)

Con respecto al desarrollo motor y la influencia de la lactancia, se han realizado investigaciones en donde se demuestra que el 53% de los niños que no lactan exclusivamente presentan un nivel de riesgo en el área de coordinación y conducta motora gruesa (25); a diferencia de aquellos que si reciben LM, que manifiestan altos niveles de desempeño en las escalas mentales, motoras y de desarrollo, un mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los cuatro a seis meses de vida, siendo fundamental este tiempo puesto que cuando la LM se aporta durante menos de cuatro meses el riesgo de que se afecte el desarrollo motor grueso entre uno y dos años de edad es mayor. (26)

Al indagar sobre el tema a nivel internacional y nacional se ha encontrado evidencia respecto a ciertas razones por las cuales las mamás suspenden o no realizan la lactancia materna exclusiva y el ingreso de alimentación complementaria en niños de 0 a 2 años como lo recomienda la OMS; se destaca un estudio realizado en la ciudad de Cartagena en el cual refieren sobre los beneficios de las prácticas de lactancia materna, haciendo hincapié en los factores influyentes en la inadecuada alimentación del infante. (27)

En Cartagena el tema se ha documentado, mas no se ha indagado cómo la práctica de lactancia materna influye en el desarrollo motor del niño, existe igualmente, al realizar la búsqueda de la literatura científica, autores como Arias J y Bustamante A, quienes exponen que la LM se ha abordado desde aspectos como factores protectores o de riesgo, pero surge la necesidad de explorar con el desarrollo motor porque son pocas las investigaciones. (28)

Además de lo anteriormente expuesto, lo más relevante, es que se observó que las madres adolescentes tienen conocimientos medianamente adecuados, pero que un gran número de madres los tienen errados, lo

cual se manifiesta en las malas prácticas de alimentación en los infantes. Con lo indagado y observado se podría decir que el contexto socio-familiar y educativo tiene mucha influencia, puesto que su experiencia como madres va guiada por terceros.

Por otro lado, hay debilidad en cuanto al desarrollo psicomotor de sus niños, ya que pocos conocen cual es la relación que existe entre la edad y las actividades que ellos, según el trimestre en que se encuentren, deben realizar; así mismo debe ser la relación existente entre el peso para su talla y para su edad, puesto que este se conecta con el estado físico, cognitivo y motor del infante. Sin embargo, se percibe interés por parte de las madres acerca de cómo deben ellas estimular a sus niños para que, junto con una buena alimentación y mucho amor, sean niños con un desarrollo motor y cognitivo adecuado.

La leche materna y la alimentación complementaria son clave fundamental para el desarrollo psicomotor del niño; en estudios realizados en Australia, Irlanda, Honduras y Grecia demuestran que la duración de la lactancia materna hasta los seis meses y la ingesta de otro tipo de alimentos después de seis meses marcan notablemente la diferencia en el desarrollo psicomotor y el lenguaje del niño en relación con aquellos que no la consumen o no lo hacen como refiere la OMS, trayendo como consecuencia la reducción en la puntuación del desarrollo motor incluso en niños de uno a tres años. (11)

La OMS (2017) señala que el inicio temprano de la LM debe ser desde la primera hora de vida para proteger al bebe de infecciones gastrointestinales, gracias a esto se reduce el riesgo de muerte neonatal. Los niños que son amamantados tienen menor posibilidad de sufrir de sobrepeso, obtienen mejores resultados en pruebas de inteligencia y mayor número de asistencia a la escuela. La madre también recibe beneficios al momento de amamantar al niño, entre estas están, la reducción de la posibilidad de cáncer de ovarios, de mama y ayuda a extender el tiempo entre un embarazo y otro, ya que la LM genera el llamado método de amenorrea de la lactancia. (29)

Conviene subrayar que el Ministerio de Protección Social, Acción Social, UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Nacio-

nes Unidas, le entrega a Colombia el Plan Decenal de Lactancia Materna “Amamantar un compromiso de todos” que en su visión promociona y el apoya la lactancia como una prioridad en la primera infancia, ya que es la fuente idónea para la alimentación; si no se llega a realizar una buena práctica de esta antes de los dos años de edad puede generar unas condiciones de alto riesgo y fragilidad que perjudicarían a los niños, a las madres, y a la sociedad en su conjunto, pues marca negativamente el crecimiento y genera mayores gastos a los servicios de maternidad, de salud, alimentación, trabajo y dependencia.

Por ello, el Plan Decenal de Lactancia Materna busca dar beneficios a diferentes grupos que están relacionados con el mejoramiento de las prácticas correctas de lactancia a niños menores de dos años; no solo los bebés tienen provecho de su derecho a la buena alimentación, la madre también se beneficia, como se ha explicado anteriormente, la familia logra tener ventaja al mejorar su situación económica al no tener que gastar dinero en leches de fórmulas y biberones, entre otros, y la sociedad tiene utilidad porque se reducen los gastos en salud para el país, se reduce la muerte de infantes y además beneficia al medio ambiente al no generar desechos de alimentos. (30)

Así mismo, la Gobernación de Bolívar a través de la Oficina de Gestión Social con apoyo de la Secretaría de Salud realizó el lanzamiento del programa “Amamantar es amar”, un proyecto que busca el desarrollo integral de la primera infancia, fomentando el consumo de LM; a su vez trabaja en el fortalecimiento de las capacidades de la familia para el cuidado, atención y crianza de los niños en el departamento de Bolívar. También pretende capacitar a 500 madres gestantes y lactantes para ayudar en la reducción de los niveles de desnutrición; por tal motivo se trabaja con el Bolívar si avanza para incrementar los niveles de lactancia materna. (31)

En Cartagena se desarrolla el programa “Primero la Gente” que trata de garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, buscando reducir y prevenir la malnutrición y el control de riesgo sanitarios, para lograr un incremento en la duración de la lactancia materna en menores de seis meses y hasta dos años con otro tipo de alimentos. Por otro lado, existe la Institución Amiga de la Mujer y la Infancia, que apoya la lactancia materna, brindando una atención integral a las madres, niñas y niños,

con la intención de mejorar la calidad en la atención que en estas poblaciones se brinda (32). Es por ello que con este estudio se buscó conocer cuáles son las prácticas que tienen las madres adolescentes con respecto a la nutrición de los niños y las razones de la suspensión de la lactancia materna, para abanderar procesos de educación y buenas prácticas que contribuyan con las recomendaciones dadas por la OMS para que los lactantes de cero a dos años reciban los beneficios aportados por la LM y la AC y evitar retrasos en el desarrollo y posibles enfermedades futuras (33).

Desde las competencias del fisioterapeuta en Colombia, esta investigación propone reconocer las condiciones de salud de la mujer, niños y niñas como también el desarrollo de estrategias que beneficien al binomio madre - hijo. Por ello, la contribución es ofertar soluciones a problemáticas de las prácticas inadecuadas de alimentación exclusiva y complementaria que afectan el desarrollo psicomotor del niño, mediante procesos de educación de las madres sobre alimentación y crecimiento apuntando a la reducción de enfermedades durante la primera infancia. (34)

Finalmente, en los procesos de enseñanza, el conocimiento conduce a las madres a adoptar una actitud adecuada frente al tópico, pero este es un supuesto que no siempre se cumple, porque alrededor de las personas influyen factores socioculturales. (35)

Marco teórico de la investigación

Lactancia Materna Exclusiva

La lactancia materna es considerada como un acto natural que se aprende y que está destinado a aportar beneficios a la madre y al lactante, aporta los nutrientes esenciales para una adecuada nutrición del niño, con un mayor aporte de estos durante los primeros seis meses de vida, y hasta los dos años de forma complementaria con otros alimentos.

Por lo mencionado anteriormente, es importante destacar que entre los beneficios que recibe el niño al consumir la leche del pecho de su madre se encuentran la protección contra enfermedades de tipo infeccioso, respiratorio, digestivo, alérgico, y la disminución de muerte a causa de

la malnutrición; del mismo modo, el consumo de leche materna durante los primeros meses de vida aporta la cantidad necesaria de hierro, lo cual favorece a la mielinización neuronal, sustancia que influye en la producción de neurotransmisores, en el aumento de las capacidades visuales, la audición y desarrollo cognitivo que son fundamentales en la etapa de crecimiento y desarrollo.

Por ello, la leche materna es la única sustancia que debe ser suministrada al niño, puesto que contiene los nutrientes ideales para su crecimiento y desarrollo, esta a su vez es cambiante y se adapta a las necesidades del lactante para que se beneficie con su consumo. (36; 37)

Leche materna

Este líquido es considerado un fluido vivo, el cual tiene la capacidad de adaptarse a las demandas exigidas por el bebé; ésta en el transcurso a su madurez cambia su composición y volumen según los requerimientos nutricionales del niño y según la etapa de desarrollo en la que él se encuentre. Esto se debe a factores como: las exigencias nutricionales del bebé, el estado nutricional de la madre, la hora del día en que se da de mamar, entre otros, generando de este modo seguridad y confianza al momento de amamantar.

Según lo anterior la leche materna pasa por unos cambios en donde la cantidad de sus componentes varía así como sus cantidades, siendo esta diferente desde la primera hora del parto hasta la que se produce después de unos meses; dentro de esta variedad se encuentra el pre-calostro, el calostro, la leche de transición y la leche madura. Es por ello que se recomienda el suministro de ésta desde la primera hora de vida del bebé para que este reciba la cantidad necesaria y los nutrientes específicos para cada etapa del su crecimiento y desarrollo. (38)

Tipos de leche y su composición

1. **Pre-calostro:** Es una sustancia que es producida por las glándulas mamarias al inicio del tercer mes de gestación, está compuesto por sodio, cloro, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbumina y una pequeña cantidad de lactosa, cloro y sodio. (39)

2. **Calostro:** Es la primera sustancia que segregan las glándulas mamarias durante los primeros cuatro días después del parto; su producción y salida es directamente proporcional al estímulo de succión generado por el bebé. Posee un color turbio blanco amarillento y viscoso, por el alto contenido de beta caroteno (38). Dentro de sus componentes tenemos los carbohidratos con una concentración de 4,15 g/dl, proteínas con 5,25 g/dl y lípidos, en 1.59 g/dl, posee un alto contenido de inmunoglobulinas A, constituyendo el 90% de los anticuerpos en dicho líquido. Así mismo posee un alto contenido de proteínas (97%), lactoferrina, factor de crecimiento, sodio, zinc; tiene efectos laxantes lo cual ayuda a la fijación de la flora bífida en el sistema digestivo lo cual facilita la expulsión del meconio durante las primeras 24 a 48 horas después del nacimiento del bebé. (40)
3. **Leche de transición:** Su producción va del sexto a los quince días después del calostro. Posee más contenido de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles; en este cambio que sufre la leche se produce una disminución de inmunoglobulinas, proteínas y vitaminas liposolubles. Esta a diferencia del calostro, es de color blanco por la cantidad de emulsificación de grasa y caseína de calcio. (39)
4. **Leche madura:** Es segregada a partir de la tercera semana post parto y es el alimento con mayor cantidad nutricional, y con los componentes necesarios que requiere el niño para un óptimo crecimiento y desarrollo, entre sus componentes está un aumento de **proteínas, ácido siálico, vitaminas liposolubles como la E, A, K, sodio, zinc, hierro, azufre, potasio, selenio y manganeso.**

Ente sus componentes están las proteínas como la caseína, seralbúmina y la taurina que intervienen en los procesos neurotransmisores en el cerebro y a nivel de la retina, carbohidratos como la lactosa, grasas que aportan de un 45-55% de energía; también está el factor inmunológico que constituye las inmunoglobulinas (IgM, IgG), también contiene lactoferrina, la cual protege al niño en caso de haber deficiencia de hierro que ayuda al fortalecimiento del sistema inmune desde edad temprana posee lipasa y amilasa las cuales intervienen en la digestión de lípidos y carbohidratos, contiene hierro, sodio, cloro, agua (88%) y vitaminas como la A, C, D, E, K, B3, B6 B9 y B12. (9;41)

Como puede observarse la leche materna es rica en nutrientes que son benéficos para el crecimiento y desarrollo de los niños, y lo más importante es que su producción es dependiente de estímulos, es por ello la importancia que radica en dar de mamar desde el primer momento del nacimiento para de este modo poder suministrar todos los componentes nutricionales y que el bebé los reciba para un correcto funcionamiento de los diferentes sistemas y para la disminución de enfermedades y cualquier condición que afecte la salud crecimiento y desarrollo del lactante.

Beneficios de la leche materna

La leche materna es la mejor fuente de nutrición que puede recibir el niño desde las primeras horas de vida. La OMS considera que la leche materna aporta la energía necesaria para un óptimo crecimiento y desarrollo sensorial y cognitivo, al igual que la protección contra las enfermedades infantiles como la enfermedad inflamatoria intestinal, la enfermedad celiaca y la diabetes tipo I y II, posee un efecto reductor de la presión arterial y los niveles de colesterol en la edad adulta, a su vez protege contra infecciones respiratorias y gastrointestinales, esto gracias a la presencia de inmunoglobulinas, lactoferrina, lisozima, citoquinas las cuales fortalecen el sistema inmunológico, siendo esta protección mayor cuando el consumo de leche va hasta los seis meses y a partir de este periodo de forma complementaria como lo recomienda la OMS. (41)

Por otra parte cabe resaltar que esta protección que confiere la leche hacia ciertas enfermedades, reduce la posibilidad de hospitalizaciones y muerte de niños menores de cinco años, datos reportados por la UNICEF indican que anualmente mueren 1.5 millones de niños por no haber consumido leche de forma exclusiva, por ello es fundamental que desde la primera hora de vida el niño se pegue al seno de su madre para que pueda beneficiarse de todos los nutrientes que aporta la leche materna, para tener un crecimiento y desarrollo adecuado. (10)

Dicho lo anterior, también es importante mencionar que no solo el niño se beneficia al recibir leche materna, si no que tal proceso es relevante en el organismo de las madres lactantes, así como el fortalecimiento del vínculo afectivo que se genera de la madre al hijo.

Mitos y realidades de la alimentación complementaria

La organización mundial de la salud define la alimentación complementaria como alimento, sólido o líquido que el niño recibe, distinto a la leche materna; todo esto incluye fórmulas lácteas. (42) La European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) recomendó en el 2008 que la alimentación complementaria no se debe iniciar antes de las 17 ni después de las 26 semanas de vida, ya que podría desencadenar alergias alimentarias o incidencias de enfermedades cefálicas. Por tal motivo la alimentación en el primer año de vida del niño debe basarse en leche humana y se debe complementar con otros tipos de alimentos, con el objetivo de poder cumplir con todas esas necesidades nutritivas en el niño y poder crear hábitos alimentarios adecuados que le contribuyan un sano desarrollo al infante. (43)

¿Por qué se debe iniciar la Alimentación Complementaria?

Durante la etapa de crecimiento y desarrollo el niño manifiesta diferentes tipos de habilidades motoras, al mismo tiempo requiere de energía, por lo que la alimentación con leche materna o artificial no es suficiente en la edad pediátrica, para ello se requiere dar otros alimentos que sean inocuos y oportunos.

Con base a lo anterior, al momento de ingresar otros alimentos a la dieta del niño se deben tener unos objetivos claros entre los cuales está la promoción y desarrollo de hábitos de vida saludable, favorecer un adecuado desarrollo psicosocial y la relación correcta entre padres e hijos, promover el crecimiento y desarrollo neurológico, cognitivo, tracto digestivo y sistema neuromuscular, promover una alimentación adecuada para prevenir factores de riesgo de obesidad, desnutrición, hipertensión arterial entre otros (44).

¿Cuándo iniciar la Alimentación Complementaria?

Para introducir alimentos complementarios lo ideal es iniciar a partir de los seis meses de edad, puesto que antes de este tiempo el lactante no tiene una maduración ni desarrollo adecuado de su sistema digestivo, lo cual podría generar alteraciones en su funcionamiento y contribuir a la

aparición de alergias, incapacidad de deglutir algunos alimentos, entre otros, es por ello que lo más oportuno es el suministro de los alimentos según lo recomendado por la OMS, la cual dice que el consumo de otro alimento diferente a la leche materna debe ser a partir de los seis meses, ya que de no ser así se estaría alterando los procesos alimentarios y nutricionales del niño repercutiendo en su desarrollo. (45)

No obstante, se encuentran comportamientos que difiere de las recomendaciones, por ejemplo, el estudio del Centro para el Control de las Enfermedades en EE. UU, en donde se manifestó que más del 40,4% de las madres alimentan a sus hijos antes de los cuatro meses de edad con alimentos sólidos, de las 1.334 madres encuestadas el 9% admitió que desde los dos meses habían ingerido alimentos e incluso realizaron cambios en la dieta de los niños.

Según Cria Perrine epidemióloga del CDC, cuenta que el 89% de las madres dijeron que sus hijos tenían la edad suficiente para ingerir alimentos, el 71% refirió que su bebé pasaba la mayor parte del tiempo con hambre y el 65% de ellas querían dar más alimentos sólidos para saciar al niño, no sabiendo que esto puede provocar en un futuro problemas en su salud. Además, la Academia Americana de Pediatría, señala que un gran número de niños menores de los cuatro meses no poseen a nivel de cuello un control adecuado, así como en el tronco lo cual le dificulta un poco adquirir la sedestación, acarreando dificultad al momento de la ingesta de alimentos diferentes y algo más sólido lo cual podría generar algún tipo de asfixia. (46)

¿Qué alimentos debe consumir el niño?

Los niños deben ingerir alimentos que sean oportunos, adecuados, inocuos y suficientes para su desarrollo normal y para satisfacer sus necesidades nutricionales, puesto que a partir del sexto mes los niños necesitan un aporte mayor de nutrientes como el zinc, el hierro, el calcio, vitaminas A y D, todo esto va a depender de sus necesidades calóricas y nutricionales, así como de la edad en la que se encuentre.

6 y 7 meses: Los alimentos iniciales que se recomiendan en la dieta diaria del niño deben ser frescos, su textura suave, de fácil digestión

para ir preparando el estómago del niño. De este modo se recomienda iniciar con purés, papillas, avena, compotas, frutas y vegetales, ideal que sean frutas en cosecha y hechos en casa.

7 a 8 meses: Se puede introducir puré de verduras que contenga habichuelas, zanahorias, ahuyama, espinacas o puré de carne como pollo o vísceras.

8 a 9 meses: Se puede continuar con la misma alimentación, pero se incrementa la cantidad como tres raciones diarias, a esta edad ya se puede introducir la papa, el ñame, la yuca en pequeñas porciones y con buena cocción, para facilitar su digestión.

9 a 10 meses: Se introducen los frijoles, lentejas y garbanzo, ya a esta edad se ingiere el huevo completo.

10 a 11 meses: El niño puede consumir cantidades apropiadas y la misma comida que el resto de la familia y se les debe ofrecer tres comidas diarias y refrigerios entre horas.

1 a 2 años: Se introducen los mismos alimentos que los adultos consumen, pero en cantidades proporcionadas. (47)

Desarrollo motor

Es un proceso evolutivo que se inicia desde la gestación, de forma multidimensional e integral; con el paso de los meses el individuo debe ir adquiriendo progresivamente habilidades y dando respuestas más complejas para generar en el niño una independencia motora. (10)

El desarrollo motor está asociado a un desarrollo cognitivo, que ayudará al niño a desarrollar funciones básicas que serán de forma ordenada en etapas, cada una de ellas tendrá una representación en un nivel más alto de organización cerebral (2). La adquisición del desarrollo de las habilidades motrices va a depender de la maduración neurológica que el niño vaya teniendo con el paso del tiempo.

Primer trimestre: durante esta etapa del recién nacido van a predominar unas estructuras nerviosas mielinizadas ayudando al funciona-

miento motor y cognitivo; entre esas se encuentran: la medula espinal, los ganglios basales, el mesencéfalo, y el vermis cerebeloso. Durante esta etapa predomina un patrón flexor en las extremidades superiores e inferiores, sus movimientos están dados por la acción de reflejos primitivos, los cuales le permiten la adaptación al nuevo medio en el que se encuentran, por consiguiente, gracias a los estímulos auditivos, periféricos y visuales el niño va a ir realizando ajustes posturales con el paso del tiempo. Al finalizar este trimestre se define el apoyo simétrico, en donde los brazos se van hacia delante, los hombros se centralizan y pueden mantener la cabeza extendida venciendo la gravedad y asimismo realizar rotación de la misma; sus movimientos corporales se caracterizan por ser en masa. Por su parte en este primer trimestre, en cuanto a la motricidad fina el niño, en la posición supina logra llevar sus manos a la línea media e iniciar la coordinación óculo-manual, así como realizar manipulación de aquellos objetos atractivos que se encuentran cercanos a su visión central.

Segundo trimestre: durante este trimestre ya se ha mielinizado el cuerpo calloso lo cual permitirá un seguimiento visual, el niño comenzará a desarrollar funciones que necesitará con la sincronización y coordinación de cada parte del cuerpo para poder concretar una acción. En esta etapa el niño mantendrá en apoyo un hemicuerpo, el cual le va a permitir el apoyo para poder explorar el entorno y de forma voluntaria manipular los objetos que se encuentran en su campo visual ipsilateral; en esta etapa predomina un agarre cubito palmar, en donde el niño ajusta los dedos y la mano según el objeto que vaya a agarrar. Al final de este trimestre el niño ya deberá ser capaz de enderezarse con el apoyo de los codos y las manos generando un aumento de su horizonte visual; a su vez inicia el volteo desde la posición decúbito supino al decúbito prono. Así mismo desde la posición supina el niño tiene la capacidad de manipular con sus manos los pies y llevarlos a su boca desarrollando una coordinación ojo-pie-mano-boca.

Tercer trimestre: en este periodo el niño estará en camino al descubrimiento, curiosidad y motivación que lo harán moverse para explorar y relacionarse con su entorno; adquiere los ajustes correspondientes para mantener un sedente estable, utilizará las manos como apoyo anterior, ampliará la base de soporte, realizará apoyos laterales para lograr equi-

librio y finalmente soltar los apoyos de las manos. La columna vertebral estará plenamente extendida. Al final de este trimestre en algunos aparece el gateo, en la cual alternará las extremidades superiores e inferiores para poder desplazarse, podrá adoptar posturas de semi agachado y del “oso” en la cual el bebe apoya la planta de los pies y las palmas de las manos.

Cuarto trimestre: aquí se encuentran en la capacidad de mantenerse de pie, pasarán de cuadrúpedo o sedente a bípedo, encuentran cualquier apoyo, como son las paredes o las sillas; hay factores que influyen en la bipedestación que son:

- El lineamiento del cuerpo para restar la fuerza de la gravedad y optimizar el consumo de energía
- El tono y la activación musculares
- La activación de los músculos encargados de la postura
- En estas primeras fases las señales posturales llegan desde las bases craneales.

Para mantener el equilibrio en esta postura existen dos estrategias, que son:

- Estrategia del tobillo, que se basa en hacer deslizamientos con el pivote fijado para mantener el equilibrio
- Estrategia de la cadera; es implementar la flexión del tronco sobre los músculos que generan el equilibrio postural. (48, 49)

Marco legal

El artículo 44 de la Constitución Política de Colombia de 1991 describe los derechos fundamentales de los niños, como son el derecho a la vida, derecho a la integridad física, a la salud y la seguridad social; esto se relaciona con esta investigación en cuanto al desarrollo motor, en este artículo también se encuentran enunciados otros derechos como el derecho a la alimentación equilibrada, a tener una familia, nombre, una nacio-

nalidad y a no ser abandonados, además derechos como el cuidado y el amor, la educación, a la recreación, libertad de expresión y opinión. (50)

En el código de la infancia y adolescencia que se encuentra contemplado en el artículo 29 de la Ley 1098 del 2006 se especifica que el derecho al desarrollo integral en la primera infancia es la primera etapa del ciclo vital de un ser humano, en la que se crean las bases para el desarrollo cognitivo social y emocional, sin olvidar el desarrollo motor. Al momento de nacer cada niño tiene derecho a atención en salud, nutrición, a un esquema de vacunación y a la educación, estos son derechos ineludibles los cuales se encuentran plasmados en las leyes internacionales. (51)

El artículo 02 de la Ley 528 de 1999 menciona los principios de carácter universal sobre el desarrollo, el alcance e interpretación de las normas que se reglamentan en el ejercicio de la profesión de fisioterapia en Colombia: esta dispone de una fundamentación ética para poder participar en cualquier tipo de investigación científica que requiera alguna participación de personas, se deberá ajustarse a unos principios metodológicos y éticos que permita realizar avances en la materia de ciencias de la salud, sin perjudicar los derechos de las mismas. (52)

Objetivo general

Determinar las prácticas de lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria relacionada con el desarrollo motor del niño en una fundación de Cartagena.

Metodología

Esta investigación es de enfoque cuantitativo de corte transversal analítico porque describe relaciones entre las distintas variables en un momento determinado, ya que pretende relacionar las prácticas de lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y el desarrollo motor del niño, observando cuan vinculadas están estas. La población fue a conveniencia, todas las madres adolescentes lactantes que ingresaron a la Fundación y los niños y niñas adscritos al CDI durante el primer periodo del año 2019.

Para la recolección de los datos se diseñó un formato que contenía las variables sociodemográficas, el nivel de escolaridad, el estado civil, núcleo familiar, tiempo de lactancia exclusiva, los motivos de abandono (en caso de que se hubiera dado) y el tipo de alimentación. Para evaluar el desarrollo motor del niño se utilizó la escala abreviada-3 de Nelson Ortiz, la cual está diseñada para detectar precozmente el riesgo en el desarrollo. Evalúa cuatro áreas de desarrollo como son:

1. **Área motriz gruesa:** Este es el mayor determinante de la maduración neurológica, en donde se observa coordinación de la cabeza respecto tronco y miembros superiores e inferiores.
2. **Área motriz fino adaptativa:** Esta se enfoca en evaluar la capacidad de realizar y dominar actividades que requieren de la coordinación óculo manual, así como de prensión y cálculo.
3. **Área de audición lenguaje:** Hace referencia al progreso del habla y del lenguaje, la orientación auditiva, intención comunicativa, vocalización y articulación de fonemas y expresión espontánea.
4. **Área personal-social:** Es la capacidad que tiene el niño para interactuar con los demás, así como su independencia y la habilidad para expresar sentimientos. (53)

Hallazgos y resultados

Tabla 1. Edad media de los sujetos de investigación.

Edad	Mínima	Media	Máxima	DS
Madre	12	18	20	+ 1,7
Hijo (a)	2 meses	12 meses	36 meses	+ 7

Fuente: elaboración propia (2021).

La edad media de las madres adolescentes fue de 18 años, por su parte la edad media de los niños fue de 12 meses.

Tabla 2. Variables sociodemográficas de la Madre.

Variables		
Grado de escolaridad	Frecuencia n = 60	Porcentaje %
6	2	3
8	2	5
9	3	5
10	5	9
11	44	78
Estado civil		
1	24	40
2	35	58
3	1	2
Estrato		
I	47	78
II	13	22
Ocupación		
Estudiantes	53	88
Trabajo Informal	7	12

Fuente: Elaboración propia (2021).

Con respecto al grado de escolaridad el 78% de las madres son bachilleres, sin embargo, el 5% de ellas se encuentran cursando grados inferiores. Otro aspecto por mencionar es el estado civil, el 58% de ellas viven unión libre. El estrato socioeconómico es bajo (78%), finalmente el 88% de ellas son estudiantes.

Tabla 3. Características de Lactancia Materna.

Variables	Frecuencia n = 60	Porcentaje%
Lactancia Materna Exclusiva	12	20
No dio Lactancia Materna	2	3
Lactancia Mixta = Lactancia Natural y Otra Clase de Leche	15	25
Lactancia Materna e introducción precoz de otros alimentos	41	68
Alimentación Complementaria	4	6
Primer mes	19	31
Segundo Mes	5	8
Tercer Mes	8	13
Cuarto Mes	8	13
Quinto Mes	6	10
Sexto Mes	10	16
Motivo Abandono de la LME		
Poca Leche	22	37
Dificultad del bebe en el agarre de seno	4	7
Poca ganancia de peso del Bebe	13	22
Grietas en el seno	1	2
Él bebe demanda más alimentación	10	16

Fuente: Elaboración propia (2021).

Del total de las madres entrevistadas, el 25 % de las madres ofreció una lactancia materna mixta, el 68% introdujo tempranamente otro tipo de alimentación conjuntamente con la lactancia natural, y el 20% practicó lactancia materna exclusiva. El motivo de abandono más predominante que refirieron fue poca producción de leche (37%), el 16% manifestó mayor demanda de alimento por parte del niño.

Tabla 4. Tipos de Alimentos proporcionados a los bebés antes de los seis meses.

Introducción de alimentos antes de los seis meses	Fórmulas lácteas artificiales		Sopas de arroz y verduras		Cremas de arroz y verduras		Papilla		Agua, agua de manzanilla, agua de panela		Huevo	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Primer mes	15	71	2	12	1	9	0	0	1	25	0	0
Segundo mes	1	4	2	12	2	18	0	0	0	0	0	0
Tercer Mes	2	10	3	18	2	18	0	0	1	25	0	0
Cuarto Mes	1	5	0	0	3	28	1	50	2	50	1	100
Quinto Mes	1	5	2	12	2	18	1	50	0	0	0	0
Sexto Mes	1	5	7	43	1	9	0	0	0	0	0	0
Total	21	100	16	100	11	100	2	100	4	100	1	100

Fuente: Elaboración propia (2021).

La fórmula láctea artificial fue suministrada mayormente durante el primer mes con un 71%, luego al cuarto mes predominó la ingesta de cremas de arroz, verduras, papillas, agua de manzanilla y agua de panela y huevo, por último, se encontró que al sexto mes el 43% consumió sopas de arroz y verduras.

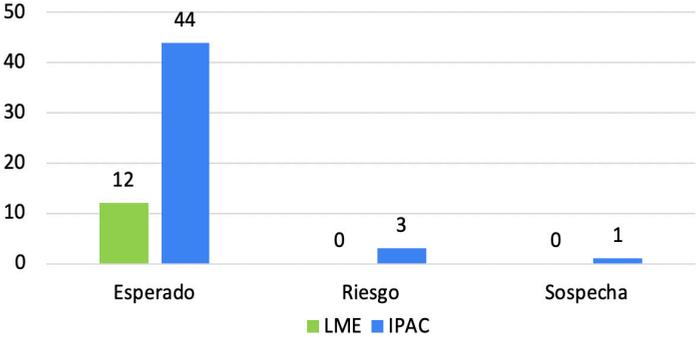
Tabla 5. Características del desarrollo de los niños y niñas.

Desarrollo	Área motriz gruesa		Área motriz fina	
	Frecuencia n	Porcentaje%	Frecuencia n	Porcentaje %
Desarrollo esperado para la edad	56	93	58	97
Riesgo de problema en el desarrollo	3	5	1	1,5
Sospechas de problemas en el desarrollo	1	2	1	1,5
Total	60	100	60	100

Fuente: Elaboración propia (2021).

Con respecto al desarrollo motor se encontró que el 93% de los niños y niñas presentan un desarrollo esperado para su edad en el área motriz gruesa, así como en el área motriz fina en un 97%.

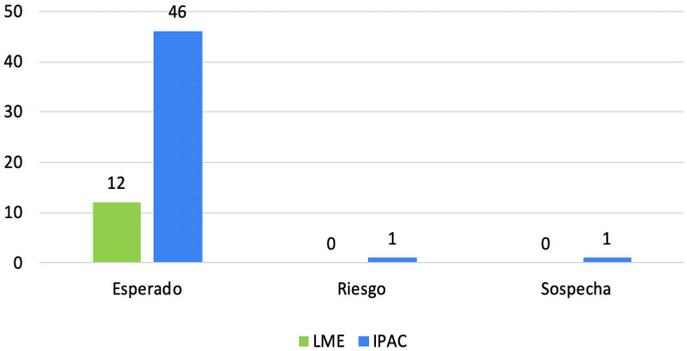
Tabla 6. Relación de la Lactancia Materna Exclusiva e Introducción Precoz de alimentación Complementaria y desarrollo Motor Grueso.



Fuente: Elaboración propia (2021).

Del 93% de los niños que obtuvo un desarrollo motor grueso esperado para su edad el 20% de ellos lactó de forma exclusiva y el 68% introdujo alimentos complementarios precozmente; sin embargo el 5% presentó riesgo en su desarrollo motor grueso y tan solo el 2% sospecha en su desarrollo motor grueso.

Tabla 7. Relación de la Lactancia Materna Exclusiva e Introducción temprana de alimentación Complementaria y características del desarrollo fino adaptativo.



Fuente: Elaboración propia (2021).

Del 97% de los niños que logró un desarrollo fino adaptativo esperado para su edad el 20% de ellos lactó de forma exclusiva, aunque el 58% tuvo de forma precoz alimentos complementarios, sin embargo, el 1.5% presentó riesgo y sospecha en el área de desarrollo fino adaptativo

Tabla 8. Relación de la lactancia materna y desarrollo.

Lactancia	Desarrollo no aprobado		Desarrollo esperado	OR		IC 95%	P
	Frecuencia	Porcentaje%		Frecuencia			
Motor grueso							
Si	3	5,17	55	94,83	0,05	0,02 – 1,0	0,03
No	1	50	1	50			
Fino							
Si	1	50	57	98,28	0,017	0,006 – 0,5	0,0002
No	1	50	1	50			

Fuente: Elaboración propia (2021).

El 94,8% de las madres lactó a sus bebés más de seis meses; en estos casos se encuentra que los niños presentan un desarrollo motor grueso y fino esperado para la edad, por lo tanto, la lactancia se comporta como un evento protector para el desarrollo motor.

Discusión

En esta investigación se encuentra que las madres lactantes de la Fundación ofrecen lactancia materna mixta y sus hijos presentan un desarrollo motor esperado para su edad. La edad no debe ser un factor para que las madres abandonen la práctica de amamantamiento, sin embargo, se ha encontrado que madres menores de 14 años lo abandonan tempranamente (23); se argumenta que sucede porque algunas veces los embarazos no son planificados si se comparan con los de las mujeres de mayor edad, que son maduras y tienen en su proyecto de vida de concebir hijos, gozando, de esta forma, de mayor tiempo de lactancia exclusiva. (26)

Con respecto al grado de educación, los resultados son soportados con lo planteado por Valenzuela et al (54), entre mayor educación, será positivo el grado de conocimiento y práctica sobre el tema de lactar por más tiempo; sin embargo, es esta misma revisión bibliográfica Díaz et al (27) reportan que si hay un bajo nivel educativo, este se asocia a disminución de la lactancia materna exclusiva. Por otro lado, el nivel socioeconómico bajo tiene una gran connotación en la vida de las madres; se expone que presentan menor conocimiento sobre amamantamiento, menor adhesión de lactancia materna exclusiva, por lo tanto, las condiciones de vida y el tiempo de lactancia de las madres se ve en gran medida influenciado por sus condiciones de vida. (18,27)

Del mismo modo, estudios que presentan el estado civil de las madres, afirman que el ser madre adolescente y estar en unión libre representa una carga en el estado emocional de éstas por la responsabilidad que ello representa, generando un riesgo para la lactancia materna exclusiva (Molina, V et al) (34); este estudio se relaciona con los presentes resultados en donde el 58% de las madres adolescente se encuentra en unión libre, por el contrario existen autores como Hernández et al (2015) los cuales afirman que las madres que se encuentran en unión con su pareja presentan mejores resultados en tiempo de LME. (55)

Por otra parte, la ocupación de la madre es fundamental, genera un gran impacto, ya que el 88% de ellas son estudiantes, los autores opinan que las madres que son amas de casas dedican más tiempo dando LME, siendo esto un factor positivo para la duración de la LME y que los labores fuera del hogar juegan un factor en contra en la duración LME. (56)

Al seguir indagando a nivel internacional, se encuentran bajos índices de LME; José L. Dubroch (2015) realizó una investigación en Cuba, donde explica que entre los menores de dos años, solo el 18,2% de las madres logran dar de forma exclusiva la alimentación; estos resultados son similares a la presente investigación porque una minoría de las madres de la Fundación proporciona alimentación exclusiva hasta los seis meses. Son cifras que no logran mostrar el trabajo que la Organización de las Naciones Unidas y de los gobiernos en su finalidad de que las madres conozcan los beneficios y la importancia de brindarles a sus hijos una buena alimentación. (57, 58)

En el caso del presente estudio, se puede señalar que las madres, independientemente del tipo de lactancia, expresan la intención de continuar con la práctica de alimentación materna.

Teniendo en cuenta investigaciones previas, en Colombia no se cumplen las recomendaciones para la adecuada introducción de alimentación complementaria.

En ese sentido los resultados exponen que, desde el primer mes, las madres adolescentes inician con alimentación mixta debido a inconvenientes que ellas mismas manifiestan como problemas en el pezón, no se llenan, bajo peso, poca leche.

De acuerdo a lo anterior, Forero et al, en un estudio realizado a las madres de un programa de atención integral a la primera infancia de la ciudad de Bogotá, manifiestan que a los niños se les daban alimentos distintos a la leche materna antes de los seis meses de edad; desde los 2 meses se les proporcionó leche de fórmula, al incrementar los meses introducían agua de hierbas, jugos, caldos de pollo, frutas entre otros. Señalaron la influencia de la familia que les recomienda iniciar pronto por problemas de salud de la madre y el niño, la edad de finalización de LME es mayor en familias que tienen menor ingreso económico. (59)

Así mismo, el 93 % y el 97 % de los niños presentaron en las áreas motriz gruesa y fina adaptativas un desarrollo esperado para su edad, el resto de ellos alteraciones en las dichas áreas. Cabe resaltar que la mayoría de ellos tuvieron un mejor resultado en la motricidad fina adaptativa. Los presentes resultados se asemejan a un estudio realizado por Cheble, & Fernández, los cuales indican que el desarrollo del niño va a estar relacionado con su entorno, su familia, con una estimulación temprana, con las necesidades conforme van avanzando en su desarrollo, así como de alguna condición especial del niño, como problemas de salud o alimenticios; los niños van a presentar un mejor desempeño en dichas área por la necesidad de explorar y estar en relación constante con el medio. (60)

Los niños de la presente muestra logran obtener buenos resultados en su desarrollo puesto que se encuentran en un centro integral de desarrollo infantil en donde reciben estimulación temprana y sus mamás son educadas para realizar estas actividades en casa.

Por su parte, recientes estudios afirman que la lactancia materna es el alimento ideal para el bebé y que debe continuarse hasta los dos años con alimentos complementarios, lo que influye significativamente en el desarrollo psicomotor de estos; se evidencian resultados positivos al realizar evaluaciones del desarrollo. Lo anterior se relaciona con los datos arrojados en el presente estudio puesto que aquellos niños que lactaron de forma exclusiva y continuaron su lactancia con alimentos suplementarios, presentaron un desarrollo esperado para su edad en el área motora gruesa y más significativo en el área fina adaptativa. (61)

Cabe resaltar que el 68% de los niños consumió leche materna y le introdujeron precozmente otro tipo de alimentos; el 25% que realizó una lactancia mixta y actualmente continúan con la lactancia lo que arroja resultados positivos en el desarrollo motor y el área motriz fina, siendo coherente con el estudio mencionado anteriormente e infiriendo en que el continuar por más tiempo la lactancia materna genera una protección en cuanto a niveles desarrollo esperado para la edad de los niños.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente y al hacer una relación entre la influencia que tiene el consumo de leche materna exclusiva, la lactancia mixta y alimentos suplementarios con el desarrollo motor de los niños autores como Cheble & Fernández (2017), fundamentados en la teoría de Alarcón, señalan que el desarrollo motor está vinculado a aspectos culturales, y puede mostrar diferencias desde el momento en que el niño nace hasta los seis meses de edad; estos autores demostraron que la lactancia mixta ocupa un porcentaje mayor respecto la LME. Sin embargo, al evaluar a los niños y niñas concluyeron que en las áreas de desarrollo motor el 58% de ellos no logró pasar los parámetros establecidos. Los autores señalan que su investigación no logra comprobar la hipótesis de que la lactancia exclusiva influye en el desarrollo óptimo de los niños. (62)

Finalmente, el consumo de leche debe ser materna y exclusiva, continuada con alimentos complementarios hasta los dos años; en cuanto a la relación con el desarrollo motor, este va de la mano con otros aspectos a tener en cuenta según Vivanco (62), el desarrollo psicomotor de niños está en relación al ambiente familiar, al entorno, así como la estimulación temprana que estos tengan.

Todo ello favorece el resultado del análisis de la presente muestra ya que a pesar de que en los niños predominó una lactancia de tipo mixta, al momento de ser evaluados mostraron resultados significativos en el área motora gruesa y predominantemente en la motora fina, mostrando que al mantener la lactancia por más tiempo esta se convierte en un tipo de protección en el desarrollo de los niños.

Esta investigación tuvo como limitante, dificultad en la toma de información de la población, debido a que los niños fueron evaluados, pero al final no se tuvo contacto con la madre ya que algunas estaban de permiso o se habían retirado sin previo aviso, motivos por los cuales no se pudo tomar la información de la madre para la investigación.

Conclusiones

En cuanto a la importancia de la lactancia materna y la introducción de alimentos complementarios se observa que a pesar que ésta, en la mayoría de los niños, no se realizó según las recomendaciones de la OMS, la lactancia actúa de forma protectora en el desarrollo de los niños. Es importante fortalecer los conceptos de beneficios obtenidos por la madre y los bebés por lactar de forma exclusiva y por la introducción de los alimentos complementarios como lo recomienda la OMS; así mismo es relevante que los niños reciban una estimulación apropiada para potenciar sus áreas en el desarrollo motor.

Referencias bibliográficas

1. Hill Z, Kirkwood B, Edmond K. Prácticas Familiares y Comunitarias que Promueven la Supervivencia, el Crecimiento y el Desarrollo del Niño. Organización Mundial De La Salud Ginebra Washington, D.C:OPS, 2005. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D477.pdf
2. García R. Composición e Inmunología de la Leche Humana. Acta Pediátrica de México [Internet]. Agosto, 2011(17 febrero 2018), Vol. 32, Núm. 4: pp. 223-230. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640330006>
3. Macías SM, Rodríguez S, Ronayne PA. Leche Materna: Composición y Factores Condicionantes de la Lactancia. Arch Argent Pediatr, Buenos Aires [Internet].

- 2006(17 febrero 2018). V.104 N.5, Pp. 423-430. Disponible En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752006000500008&script=sci_arttext&tlng=pt
4. Marín J, Jiménez A, Villamarín E. Influencia de la Lactancia Materna en la Formación del Vínculo y en el Desarrollo Psicomotor. Colección Académica de Ciencias Sociales. [internet]. 2016[17 febrero 2018]; 3[2]: pag 7. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/cienciassociales/article/view/6639/6121>
 5. García R. Composición e Inmunología de la Leche Humana. Acta Pediátrica de México [Internet]. Agosto, 2011(17 Febre 2018), Vol. 32, Núm. 4: pp. 223-230. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640330006>
 6. Georgina J, Peraza R. Lactancia Materna y Desarrollo Psicomotor. Rev Cubana Med Gen Integr(internet). 2000(17 febre 2018);16(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_4_00/mgi18400.pdf
 7. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (Elena). Alimentación complementaria. Organización Mundial de la Salud. Febrero 23 2015 (citado 18 febrero 2018). Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
 8. Romero E, Salvador Villalpando S, Pérez AB, Iracheta M. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. Bol Med Hosp Infant Mex[Internet]. Sep–Oct 2016 (17febr 2018).73(5):338—356.Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v73n5/1665-1146-bmim-73-05-00338.pdf>
 9. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (Elena). Alimentación complementaria. Organización Mundial de la Salud.febrero 23 2015(citado 18 febrero 2018). Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
 10. Schonhaut L, Schönstedt M, Álvarez J, Salinas P, Armijo I. Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2010 [18 febrero 2018]; 81 (2): 123-128. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S037041062010000200004&script=sci_arttext
 11. Pardío J. Alimentación complementaria del niño de seis a 12 meses de edad. Rev. Acta Pediátrica de México [Internet]. 2012(18 febrero 2018); 33(2). pag 2-3. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640333007>

12. Chavez Merlo, A., Sanchez, R., Ortiz, H., Peña, B. y Arocha, B. Causas de abandono de la lactancia materna (2002). [Citado 31 de JULIO de 2018]. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2002/un022b.pdf>
13. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Agosto 1 de 2017(18 febrero 2018). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/01-08-2017-babies-and-mothers-worldwide-failed-by-lack-of-investment-in-breastfeeding>
14. Comité de Lactancia Materna. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2016. Citado [01 marz 2018]. Pag 3. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
15. Fondo de las Naciones Unidas.ORG. Liberar el potencial de los niños. [Internet]. Citado [01 marz 2018] https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
16. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa [internet] 2015 enero-febrero [28-abril-2018] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112015000100002
17. Fondo de las Naciones Unidas.ORG. Lactancia materna. [Internet]. 2018. Citado [29 April 2018]. https://www.unicef.org/ecuador/Manual_lactancia_materna_web_1.pdf
18. Injante M, Alvarez G, Gavilano L, Macera C. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna de madres que acuden al control pre-natal en un hospital de Ica-peru. [internet] 2017 may-ago [29-abril-2018] <http://revpanacea.unica.edu.pe/index.php/RMP/article/view/186>
19. Ensin. 2015. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional. Comité Institucional ENSIN 2015 [Internet]. 2018 [cited 29 April 2018] <https://www.nocomasmasmentiras.org/wp-content/uploads/2017/12/Resultados-ENSIN-2015.pdf>
20. Colombia. Gobierno presenta Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015 [Internet]. Minsalud.gov.co. 2018 [cited 29 April 2018]. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-presenta-Encuesta-Nacional-de-Situaci%C3%B3n-Nutricional-de-Colombia-ENSIN-2015.aspx>

21. Forero Y, Isaacs M, Rodríguez S, Hernandez J. La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Biomédica*. 2013;33(4). [cited 29 April 2018]: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1470>
22. López B, Martínez L, Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín [Internet]. *Aprendeonline.udea.edu.co*. 2018 [cited 29 April 2018]. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n1/v31n1a14.pdf>
23. Pino J, López M, Medel P, Ortega A. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile [internet]. 2013 Marzo [29-abril-2018] https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182013000100008
24. Camargo Figuera J. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva [Internet]. *Redalyc.org*. 2011 [cited 2 May 2018]. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a04.pdf>
25. Reinoso C. Desarrollo psicomotor y su relación con la alimentación en los lactantes mayores de 1 año de los CNH de las parroquias El Guabo y Barbones del cantón El Guabo. Loja-Ecuador. Remache J. 12 de Octubre del 2017. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19578/1/Desarrollo%20psicomotor%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20la%20alimentaci%C3%B3n%20en%20los%20lactantes%20mayores%20de%201%20a%C3%B1o%20de%20los%20.pdf>
26. Albino F. Relación que existe entre la adherencia a la lactancia materna exclusiva y el nivel de desarrollo psicomotor del niño de 6 meses que acude al servicio de CRED de un centro de salud. Lima – Perú. Rocío Cornejo AR.2015. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4132/Albino_mf.pdf?sequence=1
27. Díaz S, González F, Acevedo M, Barrios S. Características de la práctica de lactancia materna en mujeres pertenecientes a una institución de salud en la ciudad de Cartagena: Cartagena de Indias. 2013. <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/2552/1/Informe%20Final.%20%20hipervinculos.Caracteristicas%20%20de%20la%20Practica%20de%20Lactancia%20Materna.pdf>
28. Bonilla J, Gaviria AF. Relación de la lactancia materna con el desarrollo motor de niños y niñas Una revisión de la evidencia científica: Medellín, Colombia.2015. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/5611/TEGP_BonillaAriasJackeline_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

29. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. World Health Organization. 2018 [cited 2 May 2018]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es/
30. Plan decenal de lactancia materna 2010-2020 [Internet]. Minsalud.gov.co . 2010 [cited 2 May 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>
31. Gobernación de Bolívar lanza campaña para promover la lactancia materna en el departamento [internet]. Bolivar si avanza. 2018 [cited 2 may 2018]. Disponible en: <http://www.revistazetta.com/?p=23916>
32. Plan de Desarrollo 2016 - 2019 [Internet]. Plan de desarrollo primero la gente . 2016 [cited 2 May 2018]. Disponible en: http://www.cartagena.gov.co/Documentos/2016/Transparencia_y_aip/Plan_de_Desarrollo/2016/ACUERDO-006-2016-PLAN-DE-DESARROLLO.pdf
33. Tallez W.J. Proyecto Educativo Bonaventuriano 2ª.ed. Colombia; Copyright; 2010. Disponible en: <https://www.usbmed.edu.co/Portals/0/PDF/Doc-Institucionales/PEB-2010.pdf>
34. Molina VE, Otero de Suárez. P. Landínez N.S, García AM. Perfil Profesional y Competencias del Fisioterapeuta en Colombia. Ministerio de Salud y Protección. Bogotá, Colombia. Mayo 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfil-profesional-competencias-Fisioterapeuta-Colombia.pdf>
35. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Educación en inocuidad de alimentos: Investigación de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP). Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. United States of America [Estados Unidos de America]. Agosto 09 de 2016. [https://www.google.com.co/search?q=Educaci%C3%B3n+en+inocuidad+de+alimentos%3A+Investigaci%C3%B3n+de+Conocimientos+Actitudes+y+Pr%C3%A1cticas+\(CAP\).Oficina+Regional+para+las+Am%C3%A9ricas+de+la+Organizaci%C3%B3n+Mundial+de+la+Salud&rlz=1C1AVNE_enCO-629CO630&oq=Educaci%C3%B3n+en+inocuidad+de+alimentos%3A+Investigaci%C3%B3n+de+Conocimientos+Actitudes+y+Pr%C3%A1cticas+\(CAP\).Oficina+Regional+para+las+Am%C3%A9ricas+de+la+Organizaci%C3%B3n+Mundial+de+la+Salud&aqs=chrome..69i57.999j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com.co/search?q=Educaci%C3%B3n+en+inocuidad+de+alimentos%3A+Investigaci%C3%B3n+de+Conocimientos+Actitudes+y+Pr%C3%A1cticas+(CAP).Oficina+Regional+para+las+Am%C3%A9ricas+de+la+Organizaci%C3%B3n+Mundial+de+la+Salud&rlz=1C1AVNE_enCO-629CO630&oq=Educaci%C3%B3n+en+inocuidad+de+alimentos%3A+Investigaci%C3%B3n+de+Conocimientos+Actitudes+y+Pr%C3%A1cticas+(CAP).Oficina+Regional+para+las+Am%C3%A9ricas+de+la+Organizaci%C3%B3n+Mundial+de+la+Salud&aqs=chrome..69i57.999j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
36. Becerra-Bulla F, Bonilla-Bohórquez L, Rodríguez-Bonilla J. Leptina. Lactancia materna: Beneficios fisiológicos [Internet]. Revistas.unal.edu.co. 2018 [cited 3

- October 2018]. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfac-med/article/view/43953/64432>
37. Pereira Manrique F, González Correa M, Moreno D, Villamil Rocha V. La lactancia materna y su relación con el neurodesarrollo [Internet]. Science Direct. 2014 [cited 3 October 2018]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120491215301282>
38. Puyol A. Valoración de componentes con actividad inmunológica y efectos de la pasteurización en calostros donados en el banco de leche humana Dr. Ruben Panizza. 2015. [cited 3 October 2018]. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8209/1/uy24-17620.pdf>
39. Solano Figueroa I, Torres Plaza I. Determinación de las inmunoglobulinas g y m en leche materna humana (calostro) [profesional]. Universidad de Cuenca; 2013. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/401/1/tesis.pdf>
40. Rodríguez B, Zavala G, Vite L, Espinosa M. Valoración inmunológica y nutricia del calostro en mujeres de bajo nivel socioeconómico en Cuautla, Morelos, como una visión integral de la lactancia. *Pediatría de México* [Internet]. 2010. [03 de octubre]. Vol 12(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conapame/pm-2010/pm101g.pdf>
41. Aguilar M, Baena L, Sánchez A, Guisado R, Hermoso E, y Mur N. Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática. *Rev. Nutrición Hospitalaria*. 2016. Vol 33(2): Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n2/46_revision3.pdf
42. Organización Mundial de la Salud. UNICEF. Salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente. OMS. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/comp_feeding/es/
43. Navarro E, Araya M. Inicio de alimentación complementaria y riesgo de enfermedad celíaca y alergia alimentaria. ¿De qué evidencia disponemos? *Rev. chil. nutr.* 2016 vol.43 no.3. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775182016000300013&script=sci_arttext
44. La Orden E, Segoviano C, Verges C. Alimentación complementaria: qué, cuándo y cómo. *Rev Pediatr Aten Primaria Madrid* 2016, vol.18 no.69. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113976322016000100015&script=sci_arttext&tlng=en

45. Forero Y, Acevedo M, Hernández J, Morales G. La alimentación complementaria: una práctica entre dos saberes Rev. chil. pediatr., 2018 0370-4106 Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S037041062018005000707&script=sci_arttext
46. P. Sepúlveda C, Yáñez, [Internet]. Dar alimentos sólidos a niños antes de los seis meses es riesgoso. Chile la tercera 2007 Actualizado el 01/04/2013, citado [30/10/2018] Disponible en: <http://www2.latercera.com/noticia/dar-alimentos-solidos-a-ninos-antes-de-los-seis-meses-es-riesgoso/>
47. Mendoza C, Vichido M, Montijo E, Zarate F, Cadena JF, Cervante R, Toro E, Ramirez J. Actualidades en alimentación complementaria Acta pediatr. Méx, 2017 vol.38 no.3. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-23912017000300182&script=sci_arttext
48. Coletto Rubio C. Desarrollo motor en la infancia [Internet]. Innovación y experiencias educativas. 2009 [cited 2 October 2018]. Available from: https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/csicsif/revista/pdf/Numero_18/CLARA_COLETO_RUBIO02.pdf
49. Riano M, Espinosa, J. (2010). Guia esencial de rehabilitacion infantil. Primera edición. Editorial Médica Panamericana.
50. Constitución Política de Colombia `del 1991. Normatividad 5. Gaceta Constitucional n° 114 (04-07-1991) disponible en: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-44>
51. Código de la infancia y adolescencia. Ley 1098 de 2006. Congreso de la Republica de Colombia. 20 de sep 1999. Disponibles en: https://www.unifr.ch/ddpl/derechopenal/legislacion/l_20101107_01.pdf
52. Ley 528 de 1999. El Congreso de la Republica de Colombia. 20 de Sep de 1999. Disponible en: https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-105013_archivo_pdf.pdf
53. Moreno S, Granados C, Rodríguez N, Gómez C. Ministerio de salud y Protección Social. Pag. 12/160. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Escala-abreviada-de-desarrollo-3.pdf>
54. Valenzuela, S., Vasquez, E. Y Galvez, P. (2016). Factores Que Influyen en la Disminución de Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 Meses de Vida: Revision Tematica Contexto En Chile. Retrieved 1 August 2019, from <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143158/Factores-que-influyen.pdf>

55. Gorrita Pérez R, Brito Linares D, Ravelo Rodríguez, Y, & Ruiz Hernández, E. (2015). Edad y estado civil de las gestantes, ontogenia familiar y conocimientos sobre la lactancia materna. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(2) Recuperado en 01 de agosto de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200006
56. Flórez, M., Orrego, L., Revelo S., Sánchez, G., Duque, L., Montoya, J., & Agudelo, A. (2018). Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano. Retrieved 1 August 2019, from <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v24n1/v24n1a05.pdf>
57. González García I, Hoyos Mesa AJ, Torres Cancino II, González García I, Romeo Almanza D, de León Fernández MC. Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2017 Sep-Oct [citado: fecha de acceso]; 39(5). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1732/3598>
58. Basain Valdés, JM, Pacheco Díaz, LC, Valdés MC, Miyar Pieiga E, & Maturell Batista, A. (2015). Duración de lactancia materna exclusiva, estado nutricional y dislipidemia en pacientes pediátricos. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(2), 156-166. Recuperado en 24 de julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000200003&lng=es&tlng=es.
59. Forero Y, Isaacs M, Rodríguez S, Hernandez J. La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Biomédica*. 2013;33(4). Disponible en: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1470>
60. Cheble C. & Fernández D. (2017). Lactancia materna y su relación con el desarrollo psicomotor en niños/as de 2 a 5 años residentes en el barrio Villa El Libertador de la ciudad de Córdoba, año 2017. Retrieved 1 August 2019, from <http://pa.bibdigital.uccor.edu.ar/1474/1/Cheble.%20Fernandez.FR11.pdf>
61. Ospina-Uribe MC. (Ed. científica). *Proceso enfermero en la atención al niño y al adolescente*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2021.
62. Vivianco S. *Desarrollo psicomotriz y su relación con las características familiares en los niños y niñas de 1 a 3 años de los CIBV en la Zona 7* [Tesis] Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana; 2017. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/18199/1/TESIS%20SILVANA%20VIVANCO.pdf>

La lactancia materna y su influencia en la prevención de hábitos parafuncionales

Breastfeeding and its influence on the prevention of parafunctional habits

Pilar Andrea Guzmán Sánchez

Universidad Santiago de Cali
✉ pilar.guzman00@usc.edu.co
🌐 <https://orcid.org/0000-0003-1390-0350>

Mariana Larrahondo Gómez

Universidad Santiago de Cali
✉ mariana.larrahondo01@usc.edu.co
🌐 <https://orcid.org/0000-0001-9611-005X>

Jennifer Palacios Lenis

Universidad Santiago de Cali
✉ jennifer.palacios01@usc.edu.co
🌐 <https://orcid.org/0000-0002-3691-5339>

Lenis Bernarda Leones Araque

Universidad San Buenaventura de Cartagena
✉ bernarda.leones@usbctg.edu.co
🌐 <https://orcid.org/0000-0002-5864-0380>

Anjhi Erazo Lasso

Universidad Santiago de Cali
✉ anjhi.erazo00@usc.edu.co
🌐 <https://orcid.org/0000-0002-2449-1823>

Juliana Solís Estacio

Universidad Santiago de Cali
✉ juliana.solis00@usc.edu.co
🌐 <https://orcid.org/0000-0003-2904-2274>

Resumen. La lactancia materna (LM) es el alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo de los lactantes. Influye en el funcionamiento del sistema inmune del bebé, al igual que en el desarrollo equilibrado de las funciones estomatognáticas; otras investigaciones son más precisas al señalar que, la LM está asociada con la reducción de hábitos orales y otros efectos nocivos relacionados a la salud oral de los niños, cuando se ofrece de manera exclusiva hasta los seis meses (1). Aun conociéndose los diferentes beneficios que ofrece este método de alimentación natural

Cita este capítulo / Cite this chapter:

Guzmán Sánchez PA, Larrahondo Gómez M, Palacios Lenis J, Leones Araque LB, Erazo Lasso A, Solís Estacio J. La lactancia materna y su influencia en la prevención de hábitos parafuncionales. En: Larrahondo Gómez M, Guzmán Sánchez PA, editoras científicas. De la lactancia materna a la alimentación complementaria: Investigaciones, experiencias e intervenciones en profesionales de salud. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2022. p. 55-81.

para el niño en desarrollo, según cifras expuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), solo el 40% de los menores de seis meses en el mundo reciben lactancia materna exclusiva (1).

Los hábitos orales parafuncionales, son acciones realizadas por las estructuras orofaciales con una frecuencia e intensidad alta y una duración prolongada, y representa en gran parte, la etiología de desequilibrios musculares orofaciales y maloclusiones dentales (2, 3). La LM, ofrece al niño en desarrollo, crecimiento armonioso de las estructuras de la cavidad oral, por su activación natural y coordinación dada por la succión materna, considerándose un aspecto relevante en la prevención de parafunciones orales. Partiendo de lo anterior, se planteó la investigación, con el propósito de determinar la relación entre la duración de la lactancia materna y la aparición de hábitos orales nocivos en la infancia basada en la evidencia científica disponible en los últimos diez años, encontrándose que, la LM representa un factor protector en la aparición de estas conductas nocivas, específicamente, en los relacionados con la succión.

Palabras claves: lactancia materna, hábitos parafuncionales, maloclusión.

Abstract. Breastfeeding (BF) is the ideal food for the growth and development of infants. They influence the functioning of the baby's immune system, as well as the balanced development of stomatognathic functions; Other investigations are more precise in stating that BF is associated with the reduction of oral habits and other harmful effects related to the oral health of children, when it is offered exclusively up to 6 months (1). Even knowing the different benefits that this natural feeding method offers for the developing child, according to figures presented by the World Health Organization (WHO), only 40% of children under six months of age in the world receive exclusive breastfeeding (1).

Parafunctional oral habits are actions performed by orofacial structures with a high frequency and intensity and a prolonged duration, and largely represent the etiology of orofacial muscle imbalances and dental malocclusions (2)-(3). BF offers the developing child, harmonious growth of the structures of the oral cavity, due to its natural and coordinated activation given by maternal suction, being considered a relevant aspect in the

prevention of oral parafunctions. Based on the above, the research was proposed, with the purpose of determining the relationship between the duration of breastfeeding and the appearance of harmful oral habits in childhood based on the scientific evidence available in the last ten years, finding that, BF represents a protective factor in the appearance of these harmful behaviors, specifically, in those related to sucking.

Keywords: breastfeeding, parafunctional habits, malocclusion

Una mirada hacia la literatura

Lactancia materna

La LM hace referencia a la transferencia de leche de la madre hacia el bebé por medio de la succión materna, con fines nutricionales (4); actúa como un laxante natural que facilita la expulsión del meconio en los primeros días de vida y previene la aparición de alteraciones gastrointestinales (3). La LM, tiene estrecha relación con el funcionamiento del sistema inmune, protegiendo al bebé de enfermedades en los primeros meses de vida, además, se ha documentado la influencia que tiene sobre el factor emocional de la madre y el bebé, promoviendo el primer vínculo comunicativo (5, 6). Son múltiples los beneficios descritos relacionados a la lactancia materna para el niño en desarrollo, pero también se identifica como un factor protector para la madre, puesto que, disminuye el riesgo de padecer cáncer de cérvix y de seno, al igual que es reconocido como un método de planificación natural, entre otros. En cuanto a los beneficios para la familia y la sociedad, el uso de la LM se configura, como un método de alimentación natural y costoefectivo, que tiene un impacto ambiental favorable, que no ofrece la fabricación de sucedáneos (3).

La LM, se da gracias a la succión del seno materno; la leche humana, es producida en la mama, ubicada en el tejido subcutáneo, entre la segunda y la sexta costilla, desde la parte medial del esternón hasta la parte lateral media de la axila. Esta estructura anatómica, se conforma de pezón y areola; aquí, se encuentran las glándulas de Montgomery y una estructura glandular conformada por alvéolos secretores, conductos intralobulillares, conductos interlobulillares y conductos galactóforos (7). La

mama posee glándulas túbulo alveolares, cada glándula, cuenta con 15 a 20 lóbulos, que se encuentran distanciados entre sí por tejido tanto conectivo como adiposo; estos lóbulos están divididos en lobulillos, aquí, se pueden observar las células secretoras de leche (8).

La arteria mamaria interna es la encargada de suministrar el mayor porcentaje de irrigación, equivalente de un 60% a un 70%, mientras que el resto es irrigado por la arteria torácica lateral. Con relación a la inervación, esta acción es ejecutada por los nervios intercostales IV, V y VI, los cuales contribuyen a la percepción sensitiva del seno materno, más precisamente en la areola (9, 10).

Para la producción de leche humana, es necesaria la presencia de glucocorticoides, insulina, tiroxina y dos hormonas lactogénicas, las cuales hacen referencia a la prolactina y el lactógeno placentario; esta última hormona, alcanza sus niveles más altos en las últimas semanas de gestación, preparando de esta manera a la mama para producir la leche; sin embargo, el estrógeno y la progesterona en sangre, hacen que no se dé producción de leche en esta etapa. Después del parto, al inhibirse el lactógeno placentario aparece la prolactina como la única hormona lactogénica, acompañada de la oxitocina, las que de manera sincrónica facilitan la producción y la excreción de la leche humana (10), la cual se compone de elementos que actúan como un método protector para prevenir enfermedades que son comunes en las primeras etapas de vida (11).

La leche humana tiene transformaciones desde la gestación hasta que finaliza la lactancia materna, puesto que, al ser un fluido vivo, se ajusta a las necesidades del niño en desarrollo. Así entonces, se describen cuatro grandes fases: en primer lugar, se encuentra el precalostro, el cual tiene lugar, a partir de la semana 16 de gestación; durante esta etapa, la leche se compone de proteínas, inmunoglobulinas, ácidos grasos, entre otros; la segunda etapa, se denomina calostro, esta ocurre posterior al parto y tiene una duración de cinco a siete días, la composición de la leche permite proteger al bebé de enfermedades debido al alto contenido de inmunoglobulinas, esta leche presenta un color amarillento producido por la presencia de beta carotenos; la tercera fase, se conoce como leche de transición, esta ocurre posterior a la finalización de la etapa de producción de calostro, su composición en gran porcentaje está dada por

lactosa y grasa, en cuanto al aspecto de la misma, se describe como blanquecina por la presencia de caseinato de calcio; y finalmente, se encuentra la fase de leche madura, la cual ocurre posterior a los 15 días de vida del bebé y finaliza a los 15 meses, el 87% de su composición es agua, lo que permite mantener al bebé en un adecuado estado de hidratación, razón por lo cual, no se requiere de ningún otro elemento líquido que supla dicha función durante los primeros seis meses de vida (12).

En concordancia a lo anterior, se espera que durante el primer semestre de vida, se mantenga lactancia materna exclusiva (LME), considerada como el método de alimentación ideal durante este periodo, en donde lo único que recibe el bebé es leche humana (13). No todas las madres optan por este medio de alimentación, por lo que se considera necesario definir términos relacionados a la introducción de bebidas, sucedáneos, u otros procesos en donde se ofrece algo diferente.

Lactancia materna predominante (LMP), corresponde al proceso en el que el niño es alimentado en su gran mayoría a través de la leche materna y que en su dieta pueden estar vinculados otro tipo de alimentos como zumo de frutas o líquidos con base de agua (14)

Lactancia materna complementaria (LMC), corresponde al uso del seno materno como medio de alimentación para el bebé, pero, dentro de su dieta, también se emplean otros alimentos. Es aceptable después de los seis meses, momento en el que inicia la alimentación complementaria (15).

Lactancia materna parcial (LMP), el infante es alimentado con leche materna pero también con sucedáneos (15).

Hábitos orales

Los hábitos orales nocivos, también son conocidos como hábitos no nutritivos (16), que hace referencia a aquellos comportamientos de forma inconsciente y que, con el pasar del tiempo, son aprendidos (17). También se definen los hábitos orales como acciones repetitivas y habituales que se realizan en la cavidad oral; pueden ser considerados como un comportamiento típico, aproximadamente entre el primer y tercer año

de vida de los niños, y estos se aducen a necesidades emocionales durante esta etapa (18). Los hábitos orales se clasifican en: hábitos de succión, que incluye, la succión del dedo o los dedos, succión lingual y hábito del biberón cuando supera el primer año de vida; hábitos de mordedura y los subtipos: mordedura de objetos, onicofagia y bruxismo y otros hábitos orales donde se encuentran: interposición lingual, deglución atípica y respiración oral (19). Las consecuencias de estos hábitos orales nocivos dependen de tres factores fundamentales, los cuales son: la frecuencia, la duración y la intensidad con la que se presenta el hábito oral, reflejando alteraciones como desequilibrio muscular y crecimiento óseo relacionado con las maloclusiones dentales (16), además de dificultades en la articulación, la respiración, masticación, la deglución y la succión (19).

Lactancia materna y hábitos orales

La LM trae consigo múltiples beneficios tanto para la madre como para el niño, entre ellos, favorece la activación de la musculatura que participa en la alimentación, considerando que el patrón oral motor tiene un comportamiento diferente durante la succión materna y la succión del biberón que influye sobre el crecimiento craneofacial y disminuye los factores de riesgo que intervienen en la aparición de alteraciones dento-faciales (6, 20, 21). Los niños alimentados con biberón de manera prolongada, presentan succión no nutritiva con mayor frecuencia, lo que genera riesgo de hábitos orales parafuncionales asociados a esta actividad atípica (22).

La LM, influye de manera directa no solo en el desarrollo de las estructuras que tienen correspondencia anatómica con el proceso de succión, sino también con el crecimiento infantil generalizado, si se oferta no solo de forma exclusiva durante los primeros seis meses, sino también de manera extendida (20). Lo anterior, también ha demostrado beneficios en aspectos emocionales guiados por la diada madre-hijo; por el contrario, se ha documentado que, el uso prolongado del biberón puede estar asociado a la aparición de trastornos de ansiedad, manifestándose en la presencia de hábitos orales nocivos en edades tempranas (23).

Conceptos relacionados

Lactancia materna: método mediante el cual se suministra exclusivamente leche, producida por la madre, durante los momentos de la vida (13, 24).

Lactancia materna exclusiva: Según la OMS (14), la LME hace referencia a que el niño sólo se alimenta de leche materna durante los primeros seis meses de vida sin necesidad de algún otro tipo de alimentos.

Lactancia materna parcial/mixta: según la UNICEF (24) esta hace referencia en brindar otro tipo de alimentos al bebe además de la leche materna.

Lactancia artificial: Según la UNICEF (24) esta hace referencia a la alimentación del bebe con leche de fórmula.

Lactancia materna complementaria/ alimentación complementaria: hace referencia al uso de elementos extra, aparte de la leche suministrada por la madre del niño; dentro de este tipo de lactancia se pueden incluir la leche de origen animal en la dieta del niño (25).

Hábito oral nocivo: el cual corresponde a situaciones dañinas generadas de forma automatizada por el individuo, que propicia la presencia de alteraciones en el componente osteomuscular integrado al funcionamiento de los procesos de alimentación y habla (2).

- Frecuencia del hábito: Número de veces que se ejecuta el hábito durante el día (2, 26).
- Intensidad del hábito: Fuerza con la que se realiza determinado hábito oral (2, 26).
- Duración del hábito: Corresponde al tiempo en que se realiza el hábito oral (2, 26).

Funciones estomatognáticas: acciones vegetativas realizadas por el cuerpo humano y que están vinculadas a la supervivencia del individuo (1).

Maloclusión: es el producto de alteraciones orgánicas y funcionales de las estructuras que intervienen en las funciones estomatognáticas (2), (27).

Onicofagia: es definida como un acto compulsivo de automutilación que se caracteriza por el corte, mordedura e ingesta de las uñas y las cutículas (2).

Interposición del labio: se refiere al hábito de succión del labio inferior, el cual se encuentra fuertemente asociado a alteraciones en la oclusión dental como por ejemplo una mordida clase II según la clasificación de Angle (1).

Respiración oral: es aquella conducta mediante la cual el individuo realiza cambios en el patrón respiratorio adecuado en donde el oxígeno deja de pasar por la cavidad nasal para ser adquirido a través de la cavidad oral (2, 1).

Bruxismo: se refiere al hábito de apretar o chirriar los dientes y este se produce sin requerir de la presencia de alimentos, este trastorno se encuentra relacionado con signos psiquiátricos como el estrés y la ansiedad (28, 29).

Interposición lingual: corresponde al acto de posicionar la lengua entre los incisivos durante las actividades de reposo o deglución, este trastorno se asocia con la aparición de mordida abierta anterior (2).

Deglución atípica: es el hábito que refiere a la presencia de un posicionamiento erróneo de la lengua durante el proceso de deglución, generando empuje en las caras linguales y palatales de los incisivos y provocando que se manifiesten maloclusiones (2, 28, 30).

Antecedentes del contexto de la investigación

La LM es un proceso natural que tiene beneficios para el bebé y para la madre, tales como la disminución de los factores de riesgo asociados a cáncer (CA) de ovario y de mama, se considera como un método de planificación familiar, disminuye las hemorragias del post parto, y permi-

te que la madre forme un vínculo afectivo entre ella y su bebé; en el caso del niño, brinda la energía y los nutrientes necesarios para su desarrollo sensorial y cognitivo, y funciona como un factor protector para la presencia de enfermedades crónicas e infecciosas en edades avanzadas; la LM, favorece el desarrollo de las comunidades en aspectos económicos y ambientales por tratarse de un método de alimentación natural y costoefectivo (13, 31, 22). Por otro lado, se debe considerar que los bebés nacen con características craneofaciales que se modifican durante el desarrollo (32), y, el crecimiento armonioso de estas estructuras, tiene una relación directa con el proceso de alimentación, en el caso de los primeros seis meses de vida, la activación muscular está determinada principalmente por la succión materna (33).

Partiendo de lo anterior, y considerando los beneficios que aporta la LM durante el desarrollo y en general, en todos los cursos de vida, en tanto que propende por una adultez más sana, este proceso de alimentación ha sido considerado por organizaciones internacionales como un recurso que debe ser protegido por los gobiernos y, a partir de ello, facilitar estrategias que permitan el inicio y su permanencia (3, 13, 31). Aunque se han implementado políticas públicas con este fin, desde un contexto internacional, la OMS (34) en el año 2017, informa que, la LME solo se ofrece al 40% de los bebés menores de seis meses de edad, aun siendo explícita en informar que, este plan de alimentación puede salvar un poco más de 800.000 vidas de niños anualmente. La UNICEF y la OMS (35) calcularon en el 2018 que, en Latinoamérica y el Caribe, alrededor del 50% de los niños no reciben LM en su primera hora de vida. Por otra parte, un informe publicado por la UNICEF en el año 2016, el cual fue citado por el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (36), indica que, los índices de LME en el mundo alcanzan solo el 43%, lo cual es un factor de riesgo importante para la aparición de alteraciones en las estructuras dentales producto de hábitos orales parafuncionales (33, 27, 6).

Espinosa et al. (1) en el 2016, a partir de un estudio con niños en etapa preescolar, concluyen que existe relación entre la duración del proceso de la lactancia materna y el desarrollo a nivel maxilar y mandibular; esto sugiere que, su interrupción temprana puede impactar en la aparición de alteraciones óseas que afectan las estructuras dentales (maloclusiones), asociado a la presencia de hábitos no nutritivos, descritos como

conductas lesivas reiterativas que se presentan en la cavidad oral y que se instauran en el tiempo (37, 2).

Conforme a lo evidenciado en la literatura, se pudo precisar la importancia que posee la lactancia materna para el desarrollo de las comunidades, ya que como se indicó anteriormente presenta múltiples beneficios. En cuanto al quehacer fonoaudiológico y su competencia dentro de la participación en los procesos de acompañamiento de las madres lactantes, se pudo indicar la influencia directa que presenta este proceso durante los primeros dos años de vida del niño, puesto que, al ser un proceso netamente natural, no va a repercutir de forma negativa en el desarrollo oral de los niños. Así entonces, la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna complementaria por lo menos hasta los dos años de edad, se relaciona de forma directa con la prevención de alteraciones en la estructura osteomuscular del sistema estomatognático, que es fundamental para el aprendizaje motor del habla y el adecuado desarrollo de la función respiratoria, y los procesos implícitos en la alimentación. Es por ello que, es fundamental que se realicen acciones desde la gestación o desde etapas temprana para incrementar los índices de lactancia materna bajo los lineamientos establecidos por la OMS y la UNICEF, siendo necesario proponer, no solo acciones asistenciales para este fin, sino que se requieren estudios que generen evidencia y que soporten los beneficios que ofrece la LM para la prevención de alteraciones a nivel orofacial relacionados a los hábitos orales, por lo que para esta investigación se buscó dar respuesta a la siguiente pregunta problema.

¿Cuál es la relación entre la duración de lactancia materna y la aparición de hábitos orales en la infancia, desde la evidencia científica, utilizando los recursos bibliográficos de las bases de datos de la Universidad Santiago de Cali, en el periodo 2010-2020?

Propuesta para el desarrollo de la investigación

En este apartado, se aborda el proceso que se llevó a cabo para dar respuesta a la pregunta de investigación. El estudio es una monografía tipo revisión sistemática, que se caracteriza por ser descriptivo, cuantitativo, de corte retrospectivo; en la literatura, es considerado como un método

de investigación de índole científica que responde a una pregunta problema, empleando protocolos de recolección de información de estudios primarios sobre un tema específico, que para este caso es la lactancia materna y su relación con los hábitos orales (38, 41).

La selección de los documentos que conforman la muestra de investigación, se realizó a partir de los siguientes criterios de elegibilidad:

1. Criterios de inclusión

- Artículos publicados en el periodo de tiempo establecido para la investigación (2010- 2020).
- Documentos que relacionan la duración de la lactancia materna con la aparición de hábitos orales nocivos.
- Publicaciones realizadas en los idiomas inglés, español y portugués.

2. Criterios de exclusión

- Publicaciones de acceso restringido en las bases de datos.
- Documentos publicados en bases de datos no seleccionadas para la presente investigación.
- Escritos publicados en formato físico.

Para el estudio, se seleccionaron fuentes de información de enfoque multidisciplinario o en salud que hacen parte de la base de datos de la Universidad Santiago de Cali. Un rastreo inicial, permite identificar que las bases de datos que más aportan documentos relacionados al tema de investigación son Scopus, Springer, Pubmed y Science Direct. Estas pueden ser definidas así:

Scopus: Es una base de datos de interés general para los investigadores, con reporte de artículos indexados a manera resumen y de acceso abierto (42).

Springer: Es una editorial de gran importancia a nivel mundial, dedicada a publicar libros digitales e investigaciones científicas relacionados con el área médica (43).

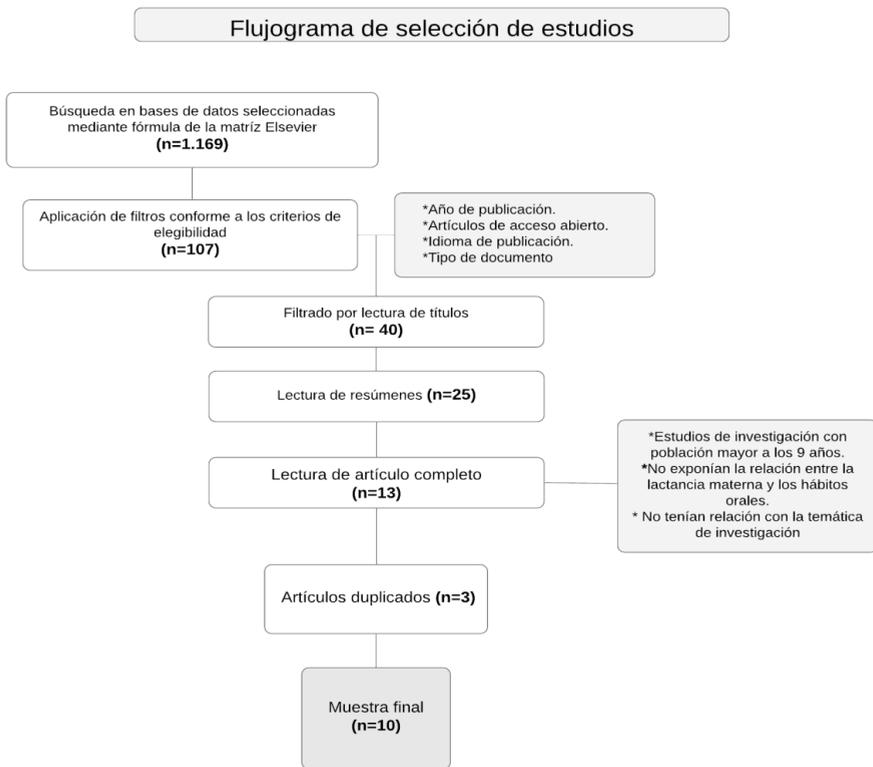
Pubmed: Hace referencia a una base de datos de acceso abierto y que está especializada en referencias relacionadas con las ciencias de la salud (44).

Science Direct: Es una base de datos multidisciplinaria con documentos de libre acceso (45).

La búsqueda se realizó por medio de palabras clave; se determinaron tres que tienen concordancia con el estudio propuesto y que permiten delimitar la búsqueda: “breastfeeding”, “malocclusion”, “parafunctional habits”. La fórmula de búsqueda se realiza a partir de los operadores booleanos “OR” y “AND”, por medio de la matriz de Elsevier.

La búsqueda de la información, se realizó durante cuatro meses (noviembre, diciembre del año 2020, enero y febrero del año 2021). En el periodo descrito, se aplica la fórmula propuesta en cada fuente de información; la selección de la muestra, se realiza en cuatro fases: en la primera, se aplican criterios de elegibilidad, en la segunda, se realiza lectura de títulos, en la tercera fase, se realiza lectura de resúmenes, durante este proceso se excluyen los artículos que no tienen relación con el tema de investigación, finalmente, se realiza lectura de documento completo y se verifican artículos duplicados.

Gráfico 1. Selección de fuentes de evidencia.



Fuente: elaboración propia (2021).

Resultados

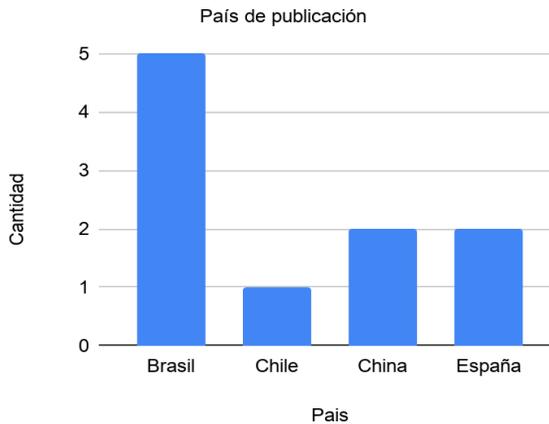
Los resultados del estudio, están articulados al macroproyecto de investigación en el área de lactancia materna y son acciones que se promueven desde el semillero de investigación LACTAC. El proceso, se realizó con la participación de dos co-investigadoras y una docente investigadora principal a cargo, que asesoró el trabajo de grado inscrito en la modalidad de monografía.

La extracción de datos, se realiza por medio de una rejilla excel, que contiene las variables de investigación y bibliométricas, que permiten dar respuesta a la pregunta de investigación, en donde se establece que la

lactancia materna se configura como un mecanismo bioprotector en la aparición de hábitos parafuncionales.

Variables bibliométricas

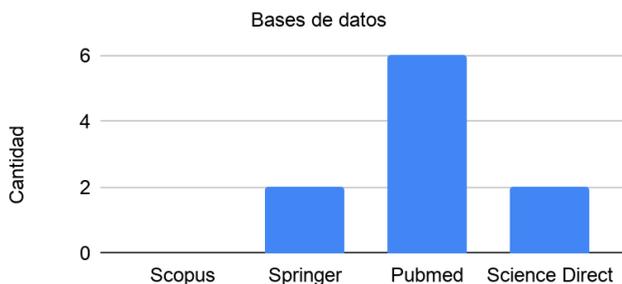
Gráfico 2. Lugar de publicación.



Fuente: elaboración propia (2021).

En este ítem se logró identificar que los artículos seleccionados para la investigación se encontraban publicados en el continente americano, europeo y asiático, observando una mayor frecuencia investigativa del tema de interés en Latinoamérica, siendo Brasil y Chile los países que aportan el 60% de los artículos que conforman la muestra de investigación, seguidos por China y España con un 20% respectivamente.

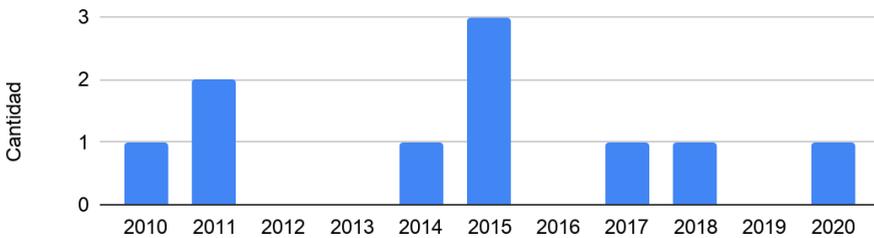
Gráfico 3. Base de datos.



Fuente: elaboración propia (2021).

En la presente investigación se incluyó la consulta de cuatro bases de datos de la Universidad Santiago de Cali (Scopus, Springer link, ScienceDirect, PubMed), las cuales fueron seleccionadas por la frecuencia de investigaciones en el tema de interés identificado en un rastreo inicial. Al aplicar los criterios de elegibilidad, se encuentra que la base de datos que más aporta en los resultados es PubMed con seis artículos correspondiente al 60% de la muestra, puesto que, esta es una base de datos de acceso libre especializada en investigaciones relacionadas con las ciencias de la salud, seguida por las bases de datos ScienceDirect y Springer, en las que se registran dos artículos en cada una de ellas, que representan el 20% respectivamente. Finalmente, no se extraen datos de Scopus, puesto que, los artículos encontrados de acceso libre, no mostraron relación directa entre la lactancia materna y los hábitos orales nocivos.

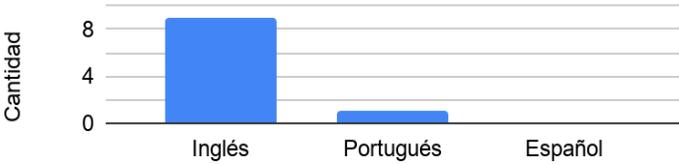
Gráfico 4. Año de publicación.



Fuente: elaboración propia (2021).

Se consideró evaluar la producción científica en la última década, observando que, entre los años 2010 a 2015 se presentó un incremento significativo en las investigaciones relacionadas con el tema de interés, siendo el 2015 el año con mayor número de estudios publicados con una frecuencia de tres artículos en total, correspondientes al 30% de la muestra de la investigación; sin embargo, se observa en el gráfico, que posteriormente decrece la producción investigativa en el área de lactancia materna y su relación directa con los hábitos orales, por lo que los recursos bibliográficos disponibles actualizados, son limitados.

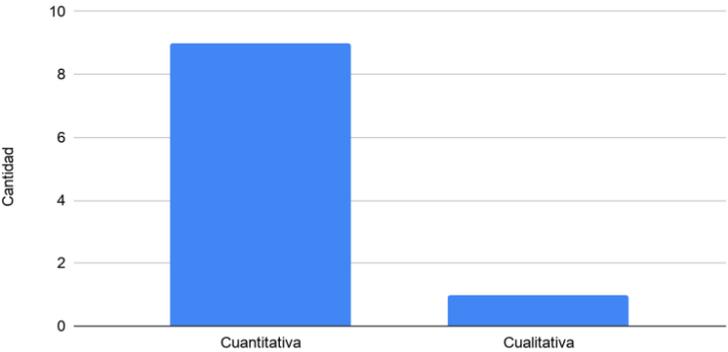
Gráfico 5. Idioma de publicación.



Fuente: elaboración propia (2021).

En la investigación se evidenció que la gran mayoría de artículos relacionados con el tema de interés se publicaron en el idioma inglés, dado que se encontró un total de nueve estudios correspondientes al 90% de la muestra de investigación, por considerarse el idioma de mayor aceptación y divulgación en las comunidades científicas (46); igualmente se encontraron publicaciones en idioma portugués, aunque con una representación reducida. Por último, no se encontraron publicaciones en idioma español.

Gráfico 6. Enfoque de investigación.



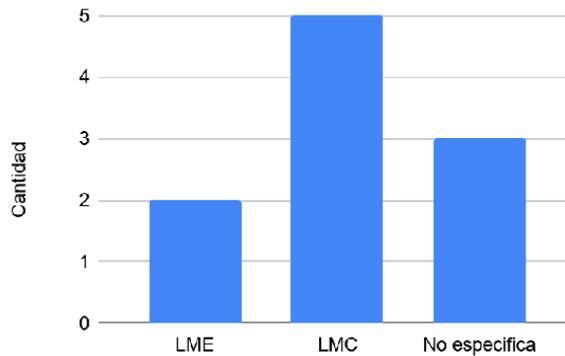
Fuente: elaboración propia (2021).

Referente a los estudios seleccionados, se identificó que, el 10% de la muestra correspondió a investigaciones con enfoque cualitativo, siendo esta clasificada en diseño de investigación de tipo fenomenológico, en donde se incluye un resumen clínico; por otra parte, el 90% restante corresponde a investigaciones con enfoque cuantitativo, haciendo referencia a estudios observacionales, donde se encontraron cinco estudios

descriptivos y cuatro estudios analíticos. Teniendo en cuenta además, lo mencionado por Sampieri (47), se puede decir que ambos enfoques de investigación pueden ser empleados en el área de la salud, y que su uso no está limitado en relación al estudio que el investigador desea ejecutar, además que ambos enfoques son de gran importancia y han permitido avances en cuanto al saber científico.

Variables de investigación

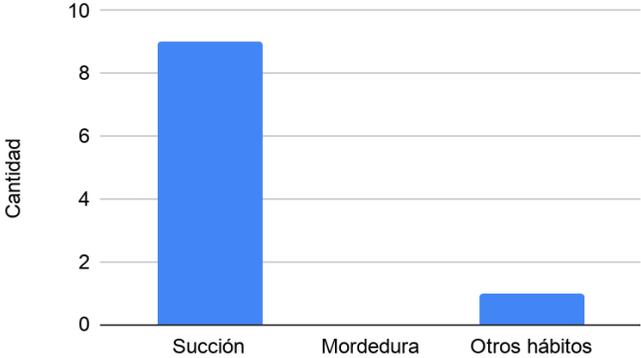
Gráfico 7. Tipo de lactancia.



Fuente: elaboración propia (2021).

Durante la investigación se contemplaron aquellos artículos relacionados con la lactancia materna (LM); este proceso se clasificó según la tipología, es decir: lactancia materna exclusiva (LME), refiriéndose a la alimentación de leche materna hasta los seis meses de edad (14); lactancia materna complementaria (LMC), la cual se genera a partir de los seis meses de edad y por lo menos hasta los dos años (25); y finalmente, se clasificaron aquellos que no dan cuenta de la duración de dicho proceso. De esta forma, se describe que, la LM representa un factor protector en la aparición de hábitos orales nocivos, sin embargo, en el 30% de los estudios, no se especifica por cuánto tiempo debe ofrecerse el proceso de amamantamiento. Sí sucede en los estudios relacionados a la LME y LMC, siendo esta última, representada por el 50% de la muestra, indicando que entre más tiempo se ofrezca LM menos probabilidad de desarrollar hábitos orales parafuncionales.

Gráfico 8. Tipo de hábito.



Fuente: elaboración propia (2021).

Durante la investigación se tomaron en cuenta aquellos artículos relacionados con los hábitos orales nocivos, teniendo en cuenta la siguiente clasificación: hábitos de succión, refiriéndose a la succión del dedo o los dedos, biberón y lingual; hábito de mordedura, como lo son el bruxismo, mordedura de objetos, labial y onicofagia; y otros hábitos, donde se encuentra la interposición lingual, la deglución atípica y la respiración oral (19); en este estudio, se encontró que el 90% de la muestra, relaciona la importancia de la lactancia materna como factor protector ante la aparición de hábitos de succión no nutritiva, y el 10% restante de la muestra con otros tipos de hábitos como respiración oral y deglución atípica. Con respecto a la prevalencia en cuanto a género, uno de los estudios seleccionados, arrojó que el 56,7% de su muestra estuvo representada por el género masculino, sin embargo, esto no representa de forma significativa, que la aparición de los hábitos orales nocivos o la prevención de estos, está relacionada al género (48). Por otra parte, un estudio de cohorte realizado en una comunidad indígena, realizó aportes relacionados con el componente cultural y socioeconómico en donde las madres optaron por la implementación de la lactancia para alimentar a sus hijos, y que este factor, generó la disminución de riesgo para la consolidación de hábitos orales y maloclusiones dentales (49).

Consideraciones finales del estudio

Conforme a lo evidenciado durante el proceso de rastreo documental para la presente revisión sistemática, se identificó que existe información que vincula a la LM como un favorecedor del crecimiento de las estructuras orofaciales, ya que permite un desarrollo adecuado de las mismas, dado por el movimiento armonioso y coordinado durante la succión materna. Esto tiene relación con estudios que demuestran que se disminuye la probabilidad de alteraciones oclusales y en el comportamiento muscular.

Sum (50), refiere en su estudio que la lactancia materna pura, es decir, durante seis meses de forma exclusiva o por más tiempo, propicia el adecuado desarrollo de las arcadas dentarias, tanto en la dentición primaria como en la dentición temporal, permitiendo así, la prevención de relaciones oclusales atípicas. En cuanto al comportamiento muscular, se identificó que los niños con alimentación por biberón presentan menor actividad en la musculatura orofacial en comparación con los niños que son amamantados puesto que, hay una discrepancia entre las acciones motoras orales realizadas durante la extracción del alimento desde el seno materno y desde el biberón; estos resultados están en concordancia con lo expuesto por França et al. (38), quienes refieren que a partir de la electromiografía, se pudo determinar que, los niños alimentados con biberón presentan bajos porcentajes en activación de la musculatura maseterina, en contraste con aquellos que fueron amamantados; de igual forma, indican que el uso del “cup feeding” provee los mismos niveles de actividad maseterina que la alimentación con biberón, el cual es identificado como uno de los aditamentos generadores de alteraciones en la armonía de las estructuras orofaciales, y facilitador de la aparición de hábitos orales nocivos.

Lo anterior, también se sustenta desde un estudio realizado en 2010, en donde se reporta que, incluir el biberón dentro de la alimentación del niño, altera la armonía de los movimientos mandibulares y que, si se introduce durante los primeros seis meses de vida, puede convertirse en un factor predisponente para que se presente el hábito de “chupete”, además de ello, puede afectar el vínculo que se genera entre la diada madre-hijo durante el proceso de lactancia materna (39), afectando los primeros esbozos de comunicación del lactante.

Respecto a la relación entre la lactancia materna (LM) y la aparición de los hábitos orales, se identificaron estudios que destacan la LM como un factor protector frente a la aparición de hábitos orales nocivos, y con relación a estos, se pueden presentar con mayor ocurrencia cuando el periodo de amamantamiento es inferior a seis meses y, prevalecen los relacionados con los hábitos de succión no nutritiva tales como: el de chupete, el biberón prolongado y succión digital, siendo la principal etiología de alteraciones oclusales como: la mordida abierta anterior, resalte de la arcada dental superior y mordida cruzada posterior (40, 41, 51, 52). En concordancia, De Deus et al. (53), indican que en un grupo de niños de tres años de edad, prevalece la mordida abierta anterior en situaciones relacionadas a la interrupción de la LM antes de los 12 meses de vida y, al uso de chupos/chupetes, derivando mayor posibilidad de instaurar hábitos de succión no nutritiva, más específicamente de succión digital (54). En contraste, un estudio de marcas promotoras de chupetes, muestra que, aquellos considerados como ortodónticos, en comparación con los convencionales, no favorecen la aparición de hábitos orales nocivos y maloclusiones dentales cuando se utilizan por más de dos años, incluso si este se usa en los primeros tres meses de vida actúa como factor protector (55).

De lo anterior, es importante considerar que, un hábito parafuncional se instaura partiendo de la intensidad, frecuencia y duración (2), el estudio expuesto, hace referencia exclusivamente a la duración, pero no hay datos relacionados a la intensidad y la frecuencia del uso del chupete. En todo caso, la LM ofrece los estímulos orales idóneos para el niño en desarrollo, puesto que facilita tanto la succión nutritiva como la no nutritiva, contribuyendo a la fuerza de la musculatura y el desarrollo orofacial requeridos para los procesos de habla y deglución (56). El uso de chupetes es una decisión de la madre y no debe estar permeado por pautas publicitarias que afecten el inicio y el mantenimiento de la LM.

Conclusiones

Según la evidencia científica recolectada a partir de la revisión de la literatura en las bases de datos seleccionadas de la Universidad Santiago de Cali en los últimos diez años, se concluye que, la LM actúa como factor protector en la aparición de hábitos orales nocivos en la infancia, además

contribuye con el adecuado desarrollo de las estructuras orofaciales, generando menor probabilidad de presentar maloclusiones dentales. Por otra parte, se identificó que existe un factor protector de la LM relacionado con su duración, es decir, que a mayor tiempo de amamantamiento menor es el riesgo de presentar hábitos orales nocivos, observando además, que el hábito más prevalente reportado en los estudios, fue el de succión no nutritiva, asociado al destete precoz y a la introducción de elementos como chupones y biberones.

Se clasificaron los estudios que conformaron la muestra de investigación de acuerdo al nivel de evidencia, basado en la Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. De esta forma, se concluye que el 50% de la muestra está relacionada con el grado de recomendación B, lo que indica que la evidencia expuesta es aceptable, permitiendo a los profesionales de la salud, denotar la LM para prevenir la aparición de hábitos orales, específicamente los asociados a succión no nutritiva.

Referencias bibliográficas

1. Espinosa-Fonseca R, Matos-Vítores H. Influencia de la lactancia materna en el desarrollo transversal de los maxilares. MULTIMED [revista en Internet]. 2016 [citado 2020 Sep 3]; 20(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/201>
2. Argüello-Vélez P, Perdomo D. Hábitos orales y trígono de fuerzas orofaciales. En Argüello P, editora científica. Hábitos orales, abordaje interdisciplinar. Santiago de Cali: Universidad Santiago de Cali editorial; 2020.
3. Ministerio de Protección Social. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020 [Internet]. 2009 [cited 2020 Sep 4]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/plan-decenal-lactancia-materna.pdf>
4. Vancour M. Amamantamiento. En A. O'Reilly (Ed.), Enciclopedia de la maternidad. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc; 2010. p143-144. doi: 10.4135/9781412979276. n74. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2812/reference/motherhood/n74.xml>
5. Benítez L, Calvo L, Quirós O, Maza P, Jurisic A, Alcedo C, et al. Estudio de la lactancia materna como un factor determinante para prevenir las anomalías

- dentomaxilofaciales. Rev Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2009 [citado 5 Oct 2020]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art20.asp>
6. Thomaz EBAF, Cangussu MCT, Assis AMO. Maternal breastfeeding, parafunctional oral habits and malocclusion in adolescents: A multivariate analysis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol [Internet]. 2012 Apr 1 [cited 2020 Sep 3];76(4):500–6. Available from: <https://usc.elogim.com:2131/10.1016/j.ijporl.2012.01.005>
 7. Hansen J. Cuaderno de anatomía para colorear. 2 ed. España: ELSEVIER MASSON; 2014
 8. Benitez L, Calvo L, Quifos O, Maza P, Jurisic A, Alcedo C DF. Estudio de la lactancia materna como un factor determinante para prevenir las anomalías dentomaxilofaciales [Internet]. 2009 [cited 2020 Oct 6]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-20/>
 9. Sriraman NK. The Nuts and Bolts of Breastfeeding: Anatomy and Physiology of Lactation. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2020 Oct 3]; 47(12):305–10. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2131/10.1016/j.cpped.2017.10.001>
 10. Ellis H, Mahadevan V. Anatomy and physiology of the breast [Internet]. Vol. Surgery (United Kingdom). Elsevier Ltd; 2013 [cited 2020 Oct 3]. p. 11–4. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2131/10.1016/j.mpsur.2012.10.018>
 11. Macías S, Rodríguez S, Ronayne de Ferrer P. Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. Arch argent pediatr. 2006; 104(5):423–30. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2006/arch06_5/v104n5a08.pdf
 12. García R. Composición e inmunología de la leche humana [Internet]. Vol. 32, Acta Pediatr Mex. 2011 [cited 2021 Apr 16]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640330006.pdf>
 13. Organización Mundial de la Salud. Nutrición: Lactancia materna exclusiva [Internet]. [consultado 2020 agosto 27]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
 14. Cabedo R, Manresa J, Cambredo M, Montero L, Reyes A, Gol R, et al. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM. matronas Prof [Internet]. 2019 [cited 2021 Apr 16];20(2):54–61. Available from: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/05/54-ORIGINAL-TIPOS-LACTANCIA.pdf>

15. Atalah S Eduardo, Castillo L Cecilia, Reyes A Cecilia. Efectividad de un programa nacional de fomento de la lactancia materna en Chile 1993-2002. ALAN [Internet]. 2004 Dic [citado 2020 Oct 06]; 54(4): 374-379. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222004000400002&lng=es.
16. Percival TM, Smith WAJ, Smith KF. Prevalence of oral habits in a child population in Trinidad, West Indies. *Pediatr Dent J* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2020 Oct 3];27(3):121-7. Disponible en: <https://usc.elogim.com:2131/10.1016/j.pdj.2017.06.003>
17. Corral N. Manual de Terapia Miofuncional. Colombia: Universidad Iberoamericana; 2010.
18. Hoyte TA, Ali A, Bearn DR. A cross-sectional survey to ascertain the prevalence of oral habits among eleven to twelve year old children in Trinidad and Tobago. *Pediatr Dent J* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2020 Oct 3]; 30(2):86-91. Available from: <https://usc.elogim.com:2131/10.1016/j.pdj.2020.03.003>
19. Navas-García C. Carta de la salud: Hábitos orales. Fundación Valle del Lili. [Internet]. 2012; 189: p.1-4. Disponible en: <https://valledellili.org/wp-content/uploads/2018/03/pdf-189-cartadelasalud-febrero2012-1.pdf>
20. Ludwig A, Doyle IM, Löffler A, Breckenkamp J, Spallek J, Razum O, et al. The impact of psychosocial factors on breastfeeding duration in the BaBi-Study. Analysis of a birth cohort study in Germany. *Midwifery* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2020 Oct 6]; 86:102688. Available from: <https://usc.elogim.com:2131/10.1016/j.midw.2020.102688>
21. Oral health effects of breastfeeding. *Dent Abstr* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2020 Oct 6];63(5):337-9. Available from: <https://usc.elogim.com:2131/10.1016/j.dentabs.2018.05.037>
22. Wang XT, Ge LH. Influencia de los patrones de alimentación en el desarrollo de los dientes, la dentición y la mandíbula en los niños. *Beijing Da Xue Bao*. 2015;47(1): 191-5. - PubMed [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25686355/>
23. Oregul AC, Tarakcioglu MC, Gormez V, Akkoyun S, Zorlu A, Aliyeva N, et al. Duration of Breastfeeding, Bottle-Feeding, and Parafunctional Oral Habits in Relation to Anxiety Disorders among Children. *Breastfeed Med* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2021 Apr 17];14(1):57-Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30412418/>

24. Unicef. Lactancia materna | Nutrición | UNICEF [Internet]. [cited 2020 Oct 3]. Available from: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
25. OMS | Alimentación complementaria. WHO [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 3]; Available from: http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
26. A.E.P. Lactancia Materna: guía para profesionales No 5 Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2004 [cited 2021 Apr 17]. Available from: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
27. Gomes-Filho I S, Pinheiro S M S, Vieira G O, Alves T DB, Cruz S S da, Figueiredo ACMG, Mota E LA, Oliveira NFde, Passos-Soares J de S, Trindade S C, Vieira T O, Loomer PM. Exclusive breast-feeding is associated with reduced pacifier sucking in children: Breast-feeding and pacifier-sucking habit. *Journal of the American Dental Association*, [Internet].2019;150(11): p.940–947. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2019.06.002>
28. Shetty S, Pitti V, Babu CLS, Kumar GPS, Deepthi BC. Bruxism: A literature review. *J Indian Prosthodont Soc.* 2010;10(3):141–8. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13191-011-0041-5#citeas>
29. Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, Yamaguchi T, Raphael K. Bruxism physiology and pathology: An overview for clinicians. *J Oral Rehabil.* 2008;35(7):476– 94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18557915/>
30. Lugo C, Toyo I. Hábitos Orales no Fisiológicos más Comunes y como influyen en las Maloclusiones. *Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría* [Internet].2011;1–17. Available from: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>
31. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Nutrición. Lactancia materna [internet] [Consultado 2020 agosto 27]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
32. López- Rodríguez Y. Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial/ Infant Oral Motor Function as a Stimulus for Craniofacial Growth. *Universitas Odontológica.* [Internet] [Consultado 2020 agosto 26]; 35 (74):p. 127-139. Disponible en : <https://doi.org/10.11144/javeriana.uo35-74.fmol>
33. Morales- Chávez MC, Stabile-Del Vechio RM. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones. Estudio transversal / Influence of Breastfeeding on the Development of Parafunctional Habits and Malocclusions. A Cross- sectional Study. *Universitas Odontológica.*

- [Internet] Consultado 2020 agosto 26]; 33 (71): p.19-28. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/javeriana.uo33-71.ilma>
34. OMS | Diez datos sobre la lactancia materna. WHO [Internet]. 2017 [citado 2020 Sep 3]. Disponible en: : <http://www.who.int/features/factfiles/breastfee>
 35. UNICEF. Lactancia materna, clave para el desarrollo [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 3]. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/comunicados-prensa/lactancia-materna-la-clave-para-el-desarrollo-optimo-durante-la-primera-infancia>
 36. Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia Materna. Lactancia Materna en cifras. 2016;9. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
 37. Mendoza A, Asbún P, Crespo AA, Gonzales S, Patiño R. Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental. Relation between maternal breast feeding and habits of non nutritive suction with dental altered occlusion [Internet]. Vol. 47, Rev Soc Bol Ped. 2008 [cited 2021 Apr 17]. Available from: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v47n1/v47n1a02.pdf>
 38. França ECL, Sousa CB, Aragão LC, Costa LR. Electromyographic analysis of masseter muscle in newborns during suction in breast, bottle or cup feeding. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2014 May 1 [cited 2021 Apr 17];14(1):154. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-154>
 39. Passos MM, Frias-Bulhosa J. Hábitos de sucção não nutritivos, respiração bucal, deglutição atípica - Impactos na oclusão dentária. Rev Port Estomatol Med Dent e Cir Maxilofac [Internet]. 2010;51(2):121-7. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890\(10\)70096-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890(10)70096-0)
 40. Lopes-Freire GM, Cárdenas ABC, Suarez de Deza JEE, Ustrell-Torrent JM, Oliveira LB, Boj Quesada JR. Exploring the association between feeding habits, non-nutritive sucking habits, and malocclusions in the deciduous dentition. Prog Orthod [Internet]. 2015;16(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s40510-015-0113-x>
 41. Saliba S, Ísper A, Chavez A, Lolli L, Saliba O, Saliba A. Longitudinal study of habits leading to malocclusion development in childhood [Internet]. 2014 [cited 2021 Mar 31]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/14/96>
 42. ELSEVIER. Acerca de Scopus - Base de datos de resúmenes y citas | Elsevier [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 22]. Available from: <https://www.elsevier.com/solutions/scopus>

43. ECURED. Springer - EcuRed [Internet]. [cited 2020 Oct 22]. Available from: <https://www.ecured.cu/Springer>
44. Trueba-Gómez R, Estrada-Lorenzo JM. La base de datos PubMed y la búsqueda de información científica [Internet]. Vol. 11, Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. Elsevier; 2010 [cited 2020 Oct 22]. p. 49–63. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-articulo-la-base-datos-pubmed-busqueda-S1577356610000229>
45. Universidad Tecnológica de Pereira. Science Direct [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 27]. Available from: <https://biblioteca.utp.edu.co/recursos-electronicos/103/science-dire>
46. Encalada-Díaz M. ¿Por qué escribir y por qué en inglés? Acta ortopédica Mex [Internet]. 2017; 31(3):107–107. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022017000300107
47. Sampieri RH. Metodología de la investigación [Internet]. 6ta ed. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A.; 2014. 599 p. Available from: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
48. De Souza BS, Bichara LM, Guerreiro JF, Quintão CCA, Normando D. Occlusal and facial features in Amazon indigenous: An insight into the role of genetics and environment in the etiology dental malocclusion. Arch Oral Biol. 2015;60(9):1177–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26051559/>
49. Minsalud. Páginas – Lactancia materna y nutrición [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 31]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Lactancia-materna-y-nutricion.aspx>
50. Sum FHKMH, Zhang L, Ling HTB, Yeung CPW, Li KY, Wong HM, et al. Association of breastfeeding and three-dimensional dental arch relationships in primary dentition. BMC Oral Health. 2015;15(1):1–9. Recuperado de: <https://usc.elogim.com:2131/10.1186/s12903-015-0010-1>
51. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil Pediatr. 2017;88(1):15–21. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v88n1/art01.pdf>
52. Chen X, Xia B, Ge L. Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. BMC Pediatr [Internet]. 2015 Apr 21 [cited 2021 Apr 17];15(1). Available from: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-015-0364->

53. De Deus VF, Gomes E, Da Silva FC, Giugliani ERJ. Influence of pacifier use on the association between duration of breastfeeding and anterior open bite in primary dentition. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):1–6. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-020-03054-z.pdf>
54. Ling HTB, Sum FHKMH, Zhang L, Yeung CPW, Li KY, Wong HM, et al. The association between nutritive, non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. *BMC Oral Health* [Internet]. 2018 Aug 22 [cited 2021 Feb 9];18(145). Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-018-0610-7>
55. Caruso S, Nota A, Darvizeh A, Severino M, Gatto R, Tecco S. Poor oral habits and malocclusions after usage of orthodontic pacifiers: An observational study on 3-5 years old children. *BMC Pediatr* [Internet]. 2019 Aug 22 [cited 2021 Feb 21];19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31438904/>
56. De Santana M da CCP, de Goulart BNG, Chiari BM, Melo A de M, da Silva ÉH de AA. Breastfeeding in premature babies: Speech-language and audiology performance based on education for health promotion concepts. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2021 Mar 31];15(2):411–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Abordaje de la deglución en la unidad de cuidado crítico pediátrico y neonatal: de la lactancia a la alimentación complementaria

Approach to swallowing in the pediatric and neonatal critical care unit: from breastfeeding to complementary feeding

Cynthia Lineth Ramírez Cartagena

Universidad Santiago de Cali

✉ cynthia.ramirez00@usc.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0001-6256-8740>

Mariana Larrahondo

Universidad Santiago de Cali

✉ mariana.larrahondo01@usc.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0001-9611-005X>

Tatiana Medina Cortés

Universidad Santiago de Cali

✉ tatimedina48@gmail.com

🌐 <https://orcid.org/0000-0003-3657-0841>

Resumen. El presente documento es una revisión narrativa, la cual tuvo como objetivo la recuperación de información relacionada con el abordaje de la fonoaudiología en el área de deglución dentro de unidades de cuidado crítico pediátricas y neonatales; para ello se tuvo en cuenta un enfoque observacional, retrospectivo, bajo un método de revisión documental, teniendo en cuenta criterios de sistematización, respecto al tema objeto con búsqueda de artículos comprendidos entre los años 2010 y 2020 extraídos de bases de datos científicas, como Pubmed, ASHAWire, ScieLo y ResearchGate, considerando palabras claves con uso de términos Mesh y DeCs, y revisión de literatura gris; de igual forma se contó con una segunda fase de apoyo para sintetizar la información basada en

Cita este capítulo / Cite this chapter:

Ramírez Cartagena CL, Medina Cortés T, Larrahondo M. Abordaje de la deglución en la unidad de cuidado crítico pediátrico y neonatal: de la lactancia a la alimentación complementaria. En: En: Larrahondo Gómez, M, Guzmán Sánchez PA, editoras científicas. De la lactancia materna a la alimentación complementaria: Investigaciones, experiencias e intervenciones en profesionales de salud. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2022. p. 83-102.

el relato de experiencias profesionales que contribuyen a correlacionar la información que está depositada en algunos artículos.

Finalmente se encontraron documentos científicos con métodos basados en la evidencia para el periodo de referencia en mención, donde se relacionan protocolos, aunque no específicos, que permiten generar un direccionamiento en el actuar que tiene el fonoaudiólogo en UCI neonatales y pediátricas; en cuanto a la revisión de literatura gris esta permitió el abordaje del tema de forma global, a partir de lo cual se concluye que a pesar de que se encuentra evidencia científica publicada en relación a los trastornos de deglución en pediátricos y lactantes, no se evidencian protocolos estandarizados que guían un proceso evaluativo y de direccionamiento en la intervención, que sean un común denominador para el accionar de los fonoaudiólogos en dichas UCI's, sin embargo es necesario continuar con investigación en este campo, ya que hay acercamientos pero se requiere contar con mayor evidencia en el accionar del fonoaudiólogo especialista en cuidado crítico en estas áreas de desempeño.

Palabras Claves: disfagia, deglución, trastornos de la deglución, recién nacido, prematuro, lactante, pediátrico, unidad de cuidado intensivo

Abstract. This document is a narrative review which aimed to retrieve information related to the approach to Speech Therapy in the area of swallowing within pediatric and neonatal critical care units, for which an observational, retrospective approach was taken into account, under a method of documentary review, taking into account systematization criteria, regarding the subject object with a search for articles between the years 2010 and 2020 extracted from scientific databases, such as Pubmed, ASHAWire, ScieLo and ResearchGate considering keywords with use of terms Mesh and DeCs, and gray literature review, in the same way there was a second phase of support to synthesize the information based on the report of professional experiences that contribute to correlate the information that is deposited in some articles.

Finally, scientific documents were found with evidence-based methods for the reference period In reference to the aforementioned, where protocols are related, although they are not specific, they allow generating

a direction in the actions that the speech therapist has in neonatal and pediatric ICUs, and in terms of the gray literature review, this allowed the approach of the subject in a global way, to From this it is concluded that despite the fact that there is published scientific evidence in relation to swallowing disorders in pediatrics and infants, there are no standardized protocols that guide an evaluative and directing process in the intervention, which are a common denominator for the actions of speech pathologists in these ICUs, however it is necessary to continue with research in this field, since there are approaches but more evidence is required in the actions of the speech pathologist specializing in critical care in these areas of performance

Key Words: dysphagia, swallowing, deglutition disorders, infant, premature, new born, pediatric, intensive care units.

A manera de introducción

Cuando se habla de unidades de cuidado crítico, se abarca un sinfín de posibilidades en el accionar de equipos interdisciplinarios, que se consideran indispensables para el apoyo en el mantenimiento de la calidad de vida de las personas que se encuentra en situación de alto riesgo y que requieren cuidados especializados. No es un secreto que, el rol del fonoaudiólogo en dichas unidades de cuidado crítico, se encuentra en una fase de reconocimiento de su labor para la intervención en usuarios, y que cada vez se tejen herramientas que afianzan su accionar. En las Unidades de Cuidado Intensivo Pediátricas (UCIP) y Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales (UCIN) resulta preponderante el ejercicio profesional del fonoaudiólogo dentro del equipo interdisciplinario, puesto que, aporta significativamente a mejorar la expectativa de vida y la calidad de vida de los usuarios. En la actualidad, y con los alcances tecnológicos para el mantenimiento y cuidado en unidades de cuidado intensivo neonatales, pediátricas y de adultos, se han extendido las expectativas de vida frente a diversos cuadros clínicos, antes destinados al deceso (1).

Teniendo en cuenta que la profesión de Fonoaudiología tiene un accionar de forma dinámica y que el alcance de su práctica está relacionado con los procesos de alimentación y/o comunicación, se indica la rele-

vancia que puede tener específicamente en niveles de atención de alta complejidad como se dan en las intervenciones que se realizan en UCI Pediátricas y UCIN, donde el fonoaudiólogo busca “la optimización de las capacidades para establecer aspectos comunicativos que apoyen el aumento en la efectividad de las respuestas por parte del menor, además de intervenir en mejorar procesos de deglución que aumenten el índice de vida, ya que en ocasiones un adecuado proceso de alimentación permite apoyar la tolerancia a procesos subyacentes de patologías de base tratables en unidades de cuidado crítico” (12).

Según Abizanda, et al, (1), la permanencia prolongada en estas unidades, en condiciones de aislamiento puede generar situaciones adversas para procesos motores, cognitivos, sensoriales, comunicativos, sociales, emocionales y psicológicos que permanecen incluso, después del egreso de la unidad. Dentro de este panorama, la presencia de los profesionales de rehabilitación dentro de las unidades de cuidado intensivo generales, se ha convertido en un valor agregado para garantizar la calidad de vida, ocupándose de minimizar secuelas y disminuir los periodos de estadía en cuidado crítico (2).

En este capítulo se abordan dos momentos del accionar del fonoaudiólogo en UCI. Un primer momento en el que se abordará el campo de acción en unidades de cuidado crítico neonatal y un segundo espacio donde se especificará el accionar en el cuidado crítico pediátrico. Los apartados que aquí se exponen, están interrelacionados entre aspectos teóricos que se respaldan con evidencia científica junto a las experiencias propias que se han rescatado desde el desempeño como fonoaudiólogos y demás colegas que llevan su accionar específicamente en unidades de cuidado crítico.

El fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Partiremos de una somera definición sobre la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), entendiéndose esta como un campo de acción especializado en el cuidado de recién nacidos con alto riesgo, en la cual se busca la estabilización biológica de funciones vitales, pese a que los avances tecnológicos han permitido el abordaje temprano de usua-

rios en UCIN y disminución de la permanencia de los menores, en ocasiones se puede dar la permanencia prolongada dentro de esta, y a su vez puede concebir circunstancias adversas en la evolución, es por esto que la intervención por parte del fonoaudiólogo cumple un papel relevante.

La ASHA (The American Speech-Language Hearing Association), (2), sitúa y reconoce al fonoaudiólogo como un profesional idóneo para realizar un diagnóstico y llevar a cabo tratamientos de disfagia en población neonatal y pediátrica. En la actualidad se hace relevante la intervención de aspectos en relación a la lactancia materna y acompañamiento durante los primeros meses de vida, con mayor razón a neonatos que requieren de otro tipo de intervención en cuidados intensivos.

En las áreas de UCIN, los principales aspectos por los cuales se establece una estadía de los menores están asociados a nacimientos pretérminos, peso bajo según estándares actuales establecidos por la OMS (3), inferior a 2500g, anomalías congénitas, hipoglucemia, convulsiones, infecciones, incompatibilidad Rh, impedimento del crecimiento intrauterino, disturbios respiratorios, escala APGAR con puntuación menor a 5, entre otras. En dichas condiciones aparecen afecciones relacionadas directamente con los procesos de alimentación, y de coordinación entre aspectos de succión, deglución y respiración; aquí radica la importancia de la intervención temprana y eficaz por parte del equipo terapéutico en especial el fonoaudiólogo, dado que uno de los requisitos para dar alta hospitalaria es asegurar vía de alimentación eficiente y segura.

Para la intervención del fonoaudiólogo, la ASHA ha establecido una serie de lineamientos encadenados entre sí para asegurar un adecuado abordaje en el área; estos lineamientos están enmarcados desde la identificación del neonato hasta la orientación del entorno familiar a través de la consejería familiar, estando de forma transversal procesos de evaluación clínica de forma completa y precisa acerca de procesos comunicativos, cognitivos y de alimentación/deglución.

En la actualidad, se tienen en cuenta las interrelaciones entre el desarrollo de la lactancia materna con procesos comunicativos, el desarrollo de habilidades oromotoras y la construcción del lenguaje como medio

transversal en el contacto establecido a través de la diada madre-hijo, es aquí donde radica como acción principal la correspondiente al trabajo que realiza el fonoaudiólogo. Una alimentación exitosa y segura en recién nacidos (RN) y lactantes requiere de una adecuada coordinación entre secuencia en los procesos de succión, deglución y respiración.

Para entender la importancia de la participación que tenemos en el área de cuidados intensivos neonatales UCIN, es primordial entender que desde la edad gestacional se desarrollan habilidades de deglución y alimentación todo esto asociado a la maduración del sistema nervioso central y participación de procesos motores lo que permite generar control cortical y de tronco encefálico de la función deglutoria.

Teniendo en cuenta el desarrollo embrionario, aproximadamente en las semanas 13 - 16 de gestación, se inicia la activación faríngea para relación de degluciones incipientes, ya para las semanas 17 - 20 estos procesos de activación de degluciones se fortalecen más y el feto traga e ingiere hasta el 50% de líquido amniótico, dando de esta manera paso a los inicios de succión, a partir de la semana 21 se inicia el desarrollo respiratorio a nivel superior e inferior, es aquí donde empieza a abrirse camino para lograr esa coordinación de la triada para alimentación (succión-deglución-respiración); para las semanas 30 - 33, el bebé prematuro, todavía no puede coordinar de forma segura esta triada; sin embargo, estas funciones van madurando hasta lograr la coordinación esperada.

La deglución (la secuencia succión-deglución-respiración) es un acto complejo e integrado que requiere la participación de varios nervios craneales (V, VII, IX, X, XI y XII), además del tronco y la corteza cerebral, y 26 músculos de la boca, faringe y esófago. Este mecanismo permite que el RN y lactante succione y degluta eficiente y rápidamente, minimizando al máximo la duración de la pausa respiratoria y posibilitando, así, una alimentación adecuada (4).

Como lo menciona Benítez (5) durante el proceso de succión/deglución, la secuencia de los diferentes componentes es 1:1 en la etapa neonatal; una succión por cada deglución y respiración. Sin embargo, esta relación 1:1 puede llegar a ser de 2 o 3: 1, entrando en la sexta semana de vida llevando a cabo el proceso de succión/deglución, el lactante crea una pre-

sión de sustracción de un fluido hacia su cavidad oral y este, es guiado hacia la vía digestiva sin comprometer las vías respiratorias.

Para que se dé un correcto proceso de deglución es óptimo que exista una coordinación con la respiración. Una succión eficaz está dada por una conveniente integración y sincronización de las estructuras orofaciales para la formación del bolo y su propulsión hacia la zona posterior de la cavidad oral para su deglución.

En los recién nacidos sanos este proceso precisa ser rítmico y continuo para cerciorar una ingesta adecuada de alimento y cubrir sus demandas metabólicas, consiguiendo con una correcta coordinación con la respiración (6). Este ciclo rítmico y óptimo es el que se debe lograr en lactantes manejados dentro de la UCIN.

El daño congénito o adquirido del sistema nervioso central durante el período neonatal puede llevar a dificultades en la alimentación, como succión débil o lenta, pobre control lingual, tendencia a apertura oral permanente, entre otros aspectos que interfieren en forma frecuente con la adquisición de habilidades oro-motoras efectivas para la alimentación; de igual forma la prematurez es un factor que influye en el desarrollo del menor en relación a habilidades a nivel de alimentación, limitando en muchos casos, el inicio de la lactancia materna, factores que pueden relacionarse con la prolongación de la estancia en UCIN.

De aquí parte la especificación de la intervención y desempeño del rol del fonoaudiólogo. Actualmente los fonoaudiólogos especialistas en cuidado crítico y áreas afines desempeñan roles en relación a la evaluación y establecimiento de estrategias de abordaje terapéutico que permitan mejorar habilidades motoras para la alimentación.

Existen algunos protocolos de evaluación que se toman como referencia para llevar a cabo una evaluación clínica completa y con mayor precisión, específicamente para la población de neonatos, algunos de los protocolos a tomar en cuenta son, el establecido por Rosa Sampallo Pedroza en la *Guía orofacial y deglutoria: evaluación, diagnóstico e intervención terapéutica*, y aspectos que se relacionan en la validación de protocolos de *Evaluación de las funciones estomatognáticas succión- respiración-deglu-*

ción del neonato referenciado por Rosa Paola Leguizamo Galvis y Susana Antúnez de Mayolo (7).

Tomando de referencia los anteriores protocolos, inicialmente se realiza la inspección de la historia clínica, concretando datos relevantes en la anamnesis, se vigilan signos de estrés en el neonato, se realiza una evaluación a nivel físico, estructural y funcional en el menor, de donde se toman en cuenta aspectos morfológicos y evaluación de reflejos orales, para lo cual se toma en cuenta el momento de no saciedad y posición adoptada por el menor.

Se realiza el *screening* de datos relevantes apreciados en el paso anterior de la toma de datos específicos como lo son el peso, edad gestacional y patología de base, para determinar si el menor está apto para el trabajo de deglución desde lactancia materna o, si se requiere colocación de algún apoyo alternativo para la alimentación, que permita asegurar nutrición o si es el caso, de disponer de soporte enteral. Por otra parte se toman en cuenta pruebas complementarias como lo son la FEES, ultrasonografía o video fluoroscopia de la deglución que contribuyan a plantear la mejor opción de intervención terapéutica a establecerse, posterior a realizar de forma completa la evaluación.

Si la determinación está enmarcada en lograr un agarre eficiente de la mama para la lactancia materna, también es indispensable enfocarse en realizar una evaluación que incluya aspectos que influyen en dicha actividad como lo son el adosamiento y acanalamiento de labios, movimientos antero-posteriores linguales coordinación labio-lengua-mandíbula, coordinación S:D: R, continuidad en número de succiones por intervalo, frecuencia, potencia en la succión y regurgitación.

Puntualmente se observan aspectos en relación a la lactancia materna como lo son morfología del pezón, areola, y pecho de la madre con el fin de asegurar un óptimo agarre del mismo, de igual forma se evalúan reflejos maternos como la erección del pezón, eyección de leche, flujo del líquido, si hay salida a chorro o por goteo, ya que todas estas son condicionantes sobre la ruta de trabajo que se plantea para el proceso terapéutico.

Posterior al proceso de evaluación y según los datos arrojados a partir de la misma se determinan las estrategias de abordaje para cada neonato, según la necesidad individual. Partiendo de esto, se proyectan procesos de intervención terapéutica, que faciliten la adquisición de patrones adecuados de succión, o por el contrario se dan alternativas de alimentación que aseguren niveles de nutrición, teniendo en cuenta a la vez protección de vía aérea, por lo que se considera que los planes terapéuticos deben ser individualizados de acuerdo a las necesidades particulares y clínicas del neonato; el mapeo en los tratamientos no asegura la eficacia en la intervención, por el contrario, hace que la estancia hospitalaria se prolongue cada vez más.

Continuamente los planes de tratamiento cambian, pese a que se trabaja siempre hacia un mismo objetivo, el menor muestra cambios en su evolución, los cuales hacen que se determinen en la frecuencia e intensidad en las intervenciones, es por esta razón que dentro del rol del fonoaudiólogo está el hacer seguimiento al menor; el estar permanentemente vigilando procesos de comunicación y alimentación en los neonatos, permite que se pueda llevar a cabo la toma de decisiones de forma oportuna o el cambio del grupo de estrategias que sea más idóneo para evolución del menor.

Dentro de la toma de decisiones en UCIN , está la elección de la vía de alimentación más conveniente para el menor que garantice la seguridad y eficiencia en el proceso de alimentación, al concebir la respiración como uno de los factores principales que cumple una función importante para la alimentación, la toma de una decisión oportuna es un acierto; pese a que los bebés tienen la predisposición para protección de vía aérea a través del reflejo protector de la misma, a veces nos encontramos con patrones de incoordinación en la triada S:D:R, y es aquí donde la intensidad y tolerancia de las intervenciones juegan un papel apremiante; por lo tanto la elección de una vía alternativa de alimentación nos permite generar una ventana de ventajas para avanzar hacia el destete del soporte enteral de alimentación que se encuentra en uso, sin embargo, y en otras ocasiones cuando no se requiere soporte enteral pero tampoco hay habilidad en el agarre para lograr lactancia humana, el fonoaudiólogo también es quien determina el utensilio más eficaz para llevar al lactante a la habilitación de vía oral; entre estos, está la copa, el biberón, la cuchara, entre otros; por eso es importante tener en cuenta la condición anatómico fisiológica del lactante (13).

Para intervenciones terapéuticas en neonatos, se toman actividades de base que incrementen la activación a nivel de la función oral-motora, estabilidad a nivel de estructuras corporales, como lo es el complejo cráneo cérico -torácico, activación de reflejos orales y logro de coordinación entre la triada S:D:R; para esto el fonoaudiólogo hace uso de técnicas de organización postural, como disociación de cinturones basado en feldenkrais, movilidad de reja costal que influye en la fuerza a nivel laríngeo, estabilización del complejo cráneo cérico -tórax con apoyo en descargas y traslados de peso, de igual forma se brindan experiencias sensorio-motoras que den inputs sensoriales y propioceptivos los cuales contribuyen en la aceptación de estímulos para preparación hacia los procesos de alimentación, reduciendo la defensibilidad táctil que algunos neonatos presentan o por el contrario brindando nuevas experiencias que el neonato no ha percibido por la inmadurez en el sistema nervioso central.

En las estrategias empleadas está el trabajo de succión nutritiva y no nutritiva; se consideran estímulos para la activación de musculatura en región peri-oral el empleo de técnicas de tapping manual, digito-presión, activación de reflejos orales con estimulación directa, y activación de posición media en el dorso lingual con estimulación táctil; a su vez, se brindan ejercicios de regulación en cuanto al ritmo, teniendo en cuenta fuerza y pausas en cada toma, alternando cambios de posición que faciliten la organización de estructuras orofaciales, y estabilidad de las mismas. Dentro de la intervención, el dar un adecuado soporte mandibular va a apoyar el fortalecimiento de patrones de succión *suckling and sucking*; el trabajo inicial de fortalecimiento en el patrón *suckling* desde activación continua de movimientos anteroposteriores linguales permite que al avance en el desarrollo de la habilidad de alimentación el bebé logre el nuevo patrón de succión *suckling* donde hay mayor presión intraoral y los movimientos linguales están más sujetos a elevación y descenso; esto solo se alcanza, si el fonoaudiólogo establece intervención oportuna dentro del área de cuidado intensivo neonatal, logrando de esta manera nivelar el desarrollo típico; al asegurar progresión en la ganancia de peso desde la eficiencia en los procesos de deglución y seguridad en los mismos, se aporta desde la fonoaudiología a incrementar las posibilidades del alta en las unidades de cuidado crítico.

Por otra parte, y de forma transversal a todo el proceso de intervención terapéutica, es indispensable que continuamente se establezca la conexión entre la diada madre e hijo, lo cual permite afianzar respuestas comunicativas, y mayor evolución en otras áreas de intervención. El contacto piel a piel que se genera en dicho lazo afectivo, permite enviar información sensorial que influye sobre las respuestas motoras del menor; la consejería en lactancia materna está encaminada a apoyar a la madre en establecer una alimentación segura desde una perspectiva mecánica relacionada a los aspectos motores implicados en la succión materna, pero también emocional, en tanto este último, permite la interacción con la madre generando apego y potenciando aspectos comunicativos. Para optar por este manejo, es preponderante considerar el criterio de los demás actores del equipo interdisciplinario para la vigilancia de las condiciones del bebé (14).

Actuar del fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

Dando continuidad a la secuencia del desarrollo infantil y pasando de una intervención inicial en neonato, se establece un segundo espacio de intervención del fonoaudiólogo específicamente en el área de cuidado intensivo pediátrico (UCIP), y que en este capítulo también se toma como referencia en el quehacer del fonoaudiólogo especialista en cuidado crítico.

Como se realizó anteriormente, a continuación se brinda una contextualización breve sobre lo que se entiende por UCIP; esta hace referencia a “una unidad física asistencial hospitalaria independiente especialmente diseñada para el tratamiento de pacientes pediátricos quienes debido su gravedad o condiciones potencialmente letales requieren observación y asistencia médica intensiva integral y continua por un equipo médico que haya obtenido competencia especial en medicina intensiva pediátrica” (8).

Como se ha mencionado en apartados anteriores también en esta área se requiere que exista un equipo interdisciplinario que atienda al paciente logrando la estabilización y mejoría con las mínimas secuelas posibles, en relación a diversas dimensiones de vida. Teniendo en cuenta que el

infante alcanza el desarrollo de habilidades lingüísticas, sociales y del lenguaje con las interacciones humanas que experimenta durante su vida, la estancia en una UCIP, influye en las mismas; por ende, un niño que es internado en estas unidades, puede tener afectadas estas áreas de desarrollo. Se debe tener en cuenta que el niño en una unidad de cuidado intensivo se enfrenta a un ambiente nuevo en donde siente emociones de miedo, angustia, rabia, tristeza y dolor debido al contexto en que se encuentra, por lo que es pertinente abordar al paciente y su familia desde un enfoque biopsicosocial.

Existen diversas patologías que puede llevar a un paciente pediátrico al ingreso a una unidad de cuidado intensivo tales como patologías congénitas (atresia de coanas, labio/paladar fisurado, síndromes craneofaciales, laringomalacia, fístula traqueo esofágica, estenosis esofágica y/o anillos vasculares), infecciosas (absceso retro faríngeo, epiglotitis, secuelas de neuroinfección), neoplásicas (hemangioma, linfangioma, leiomioma, neurofibroma u otros tipos de tumores cerebrales), digestivas (reflujo gastroesofágico, acalasia, esofagitis), neuromusculares (parálisis cerebral, encefalopatías, síndrome de Down, síndrome de Guillain Barré, miastenia grave, poliomielitis, mielomeningocele, etc.) o por traumas (trauma craneoencefálico, lesión externa de cuello, ingesta de tóxicos, después de procedimiento quirúrgicos) (9). Esto, puede llevar al paciente a tener en riesgo la vida requiriendo procedimientos como intubación orotraqueal, ventilación mecánica prolongada, traqueostomía y procedimientos en musculatura facial y/o cervical que pueden alterar el lenguaje y la función oral faríngea; por esto es importante que la unidad pediátrica cuente con el fonoaudiólogo dentro de su equipo interdisciplinario (15).

Tanto en UCIN como en UCIP el fonoaudiólogo cumple con los mismos roles que se relacionaron anteriormente y que están enfocados hacia la identificación, evaluación y tratamiento de problemas del habla, lenguaje y deglución, procesos que, como se mencionó, pueden verse afectados por las patologías de base del paciente, o bien sea, por la situación que lo llevó a requerir la estancia en esta.

Dentro de la UCIP, El fonoaudiólogo como profesional idóneo para el abordaje de la deglución y comunicación debe cumplir con las siguientes

funciones, que a su vez están interrelacionadas con lo que se lleva a cabo en la UCIN.

- Identificar y evaluar alteraciones del habla y lenguaje; plantear tableros alternativos de comunicación y tratamientos favoreciendo la adquisición del habla y del lenguaje.
- Identificar, evaluar y tratar alteraciones de la función oral faríngea; plantear tratamiento logrando una seguridad y eficiencia durante la ingesta de alimentos o reestableciendo de vía oral.
- Participar en la toma de decisiones relacionadas con el inicio de vía oral y el uso de instrumentos de alimentación
- Consejería familiar y equipo interdisciplinario.

A continuación, se realiza una explicación del rol que desempeña el fonoaudiólogo en cada una de las funciones mencionadas.

El patrón de desarrollo humano está creado por la interrelación de varios procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales; en cuanto los procesos biológicos se producen cambios en el cuerpo de un individuo, los genes heredados de los padres, el desarrollo del cerebro, el incremento de la altura y el peso, las habilidades motoras y los cambios hormonales de la pubertad, reflejan el papel de los procesos biológicos en el desarrollo; por otra parte están los procesos cognoscitivos que se relacionan con los cambios que ocurren en el pensamiento, en la inteligencia y en el lenguaje de un individuo; las tareas que se involucran al observar un nivel colgado sobre la cuna, unir dos palabras en una oración, memorizar un poema, resolver un problema matemático e imaginar ser una estrella de cine, implican procesos cognitivos; y por último están los procesos socioemocionales que se asocian con los cambios en las relaciones que tiene un individuo con otras personas, cambios en las emociones y cambios en la personalidad (10).

El desarrollo infantil, puede verse afectado por una estancia dentro de una unidad de cuidado intensivo, ya que la patología que genera la condición clínica del niño, puede limitar el proceso cognoscitivo y socioemocional, enmarcado en la limitada interacción con el mundo exterior; de igual forma en las patologías de base neurológica o la falta de exploración típica

que viven durante su crecimiento, pueden repercutir en la adquisición de competencia léxica y semántica y en los demás componentes del lenguaje, requiriéndose incluso, implementación de sistemas alternativos de comunicación para que faciliten su interacción con el medio; la inmersión tecnológica en la que actualmente se encuentra el mundo, se ha convertido en un facilitador para la instauración de estos sistemas, disminuyendo la manipulación de diferentes objetos que son restringidos en estos contextos.

Por otra parte, y sin dejar de ser un campo de gran importancia, la deglución, constituye un proceso extremadamente complejo cuya seguridad y eficacia dependen de factores anatómicos, sensoriales, neuromotores y funcionales. La alta complejidad del mecanismo deglutorio lo hace al mismo tiempo altamente sensible y vulnerable. A manera de anclaje con procesos relacionados en apartados anteriores y para tener presente cómo se dan esos niveles fisiológicos en la deglución del paciente pediátrico, cabe traer a colación las fases en las que se da el proceso de deglución.

- Fase oral: incluye masticación, formación del bolo, sello palatogloso, propulsión del alimento y sello naso-palatino.
- Fase faríngea: comienza con el cierre o sello naso-palatino e incluye además contracción faríngea y cierre de la epiglotis.
- Fase esofágica: se inicia con la apertura del esfínter esofágico superior.

Cualquier alteración en las diferentes fases, o de algunos de los múltiples factores involucrados, puede derivar en un cuadro de disfagia, el cual, dependiendo de la fase afectada, podría clasificarse como orofaríngea, esofágica o mixta; dichas alteraciones en la deglución pueden generar riesgo de neumonías aspirativas, deshidratación, desnutrición e incluso la muerte, por lo tanto es importante identificar signos y síntomas de alarma para lograr un adecuado diagnóstico de la patología. Los signos asociados al trastorno de la deglución en pacientes pediátricos son (11).

- Sialorrea importante y persistente.
- Formación inadecuada del bolo alimentario.
- Regurgitación naso-faríngea.
- Imposibilidad o retardo en el inicio del proceso deglutorio con retención del alimento en boca (sugiere posible trastorno sensorial).

- Síntomas de deglución atípica (posturas anómalas durante la deglución)
- Tos, carraspeo y ahogos frecuentes
- Disfonía o cambios en las cualidades acústico perceptuales
- Tiempo de ingesta prolongado, sintomatología respiratoria recurrente (sugiere aspiración recurrente)
- Impactación de alimentos
- Rechazo de los alimentos
- Inapetencia
- Atoramiento
- Halitosis
- Espasmo laríngeo
- Sensación de masa oral o cervical
- Neumonías recurrentes
- Pérdida o no ganancia de peso.

Al abordar a un paciente de quien se sospecha un trastorno de la deglución, deben explorarse cuatro temas en particular: nutrición, patologías neurológicas, síntomas respiratorios y estado psicológico. Se debe monitorear durante la evaluación del menor los signos vitales y verificar la estabilidad hemodinámica, hacer una revisión de la historia clínica teniendo en cuenta la patología de base que influye en los procesos de deglución, lenguaje y comunicación.

La evaluación fonoaudiológica del paciente pediátrico, es similar a lo que se aborda en primera instancia en el área de evaluación con neonatos, sin embargo, hay diferencias relacionadas a los alcances en el desarrollo que tiene el paciente pediátrico, según la edad, esta debe incluir: revisión de la historia clínica del paciente donde se tienen en cuenta procedimientos y exámenes médicos practicados; por otro lado, se debe realizar un cuestionario completo a los padres o al cuidado principal teniendo en cuenta aspectos tales como:

- Antecedentes prenatales, perinatales y postnatales.
- Antecedentes familiares.
- Relación familiar sobre el cuidado del niño.
- Desarrollo motor: hitos del desarrollo como edad en que se sentó, gateo, marcha.
- Desarrollo lingüístico: cómo comunica sus necesidades básicas, edad de las primeras palabras, componente semántico, pragmático y fonológico del lenguaje deben ser evaluados con baterías estandarizadas para la población infantil.
- Desarrollo oro-motor: es necesario conocer la ingesta de alimento, tiempo de lactancia materna o incluso cómo, antes de estar en la unidad, era alimentado y que consistencias se le presentaban los alimentos.
- Estado actual del paciente: soporte de oxígeno, soporte nutricional, patología de base, estado neurológico.

En segundo lugar, realizar la evaluación clínica del paciente en donde se hace una exploración precisa de aspectos relacionados con estructuras que intervienen en la deglución, para lo cual es pertinente comentar que existe una falta de protocolos estandarizados para niños en la unidad de cuidado intensivo, por lo tanto, lo que se ha establecido para llevar a cabo es una guía de evaluación que está asociada a la compilación de diversos protocolos y que a su vez son decisiones propias de cada profesional.

Los aspectos a evaluar en un paciente pediátrico están enmarcados en el análisis o exploración de cabeza y cuello, inspección de cavidad oral, nervios craneales, funcionalidad de los órganos fono articuladores, reflejos tusígenos y movilidad laríngea.

Según se referencia en el artículo “Trastornos de la deglución y abordaje en pediatría”, la evaluación de la deglución con alimento se hará con el test del agua que pondrá de manifiesto signos sugerentes de disfagia orofaríngea como babeo, tos, disfonía o deglución fraccionada. La prueba de viscosidad- volumen consiste en la administración progresiva de diferentes texturas (néctar, miel, pudding), en volúmenes crecientes (5, 10 y 20 ml) según la eficacia y seguridad de la deglución. Estas pruebas se

pueden realizar con pulsioximetría, viendo si se producen desaturaciones (más del 5 %) como dato indirecto de aspiración. (9)

Con el diagnóstico de la evaluación clínica se debe determinar la necesidad de pruebas de deglución objetivas para direccionar el tratamiento de rehabilitación, severidad y seguridad de la alimentación con diferentes consistencias de alimento, las pruebas usadas para dicha valoración objetiva de la disfagia son: FEES y videofluroscopia de la deglución, que se referencian como pruebas complementarias en el apartado de UCIN.

Posterior a la identificación del estado de la deglución, el profesional en fonoaudiología especialista en cuidado crítico, establece el abordaje terapéutico con tres especificaciones que van encaminadas a generar la adecuada funcionalidad oral motora, control a nivel neuromuscular, y coordinación entre la respiración y la deglución. La terapia de fonoaudiología está encaminada a la modificación de temperaturas y texturas en los alimentos para que la ingesta sea segura, y se ejercite desde diferentes técnicas para alcanzar la coordinación de los movimientos de la lengua, paredes de la faringe, la elevación de la laringe y movimientos mandibulares a fin de lograr la protección de la vía aérea; el objetivo terapéutico del fonoaudiólogo estará encaminado a lograr un patrón alimentario efectivo y seguro para el paciente.

Un ámbito en el que se entrelazan las funciones específicas para el abordaje de la familia desde la fonoaudiología tanto en UCIN como UCIP y que se realiza con el propósito de involucrar al contexto inmediato del menor o neonato en los procesos de rehabilitación, es el de la consejería, donde se establecen criterios de trabajo específicos en los que se hace preponderante que el padre o la madre intervenga para lograr un mayor avance o desempeño de las áreas a trabajar.

En dicha consejería es indispensable tener en cuenta aspectos asociados a las dimensiones en las que se puede desarrollar el menor o neonato, entendiéndose como ser biopsicosocial y con quien se deben adecuar estrategias de intervención según sus niveles de interiorización, relación y desarrollo; de igual forma, estos niveles deben ser adaptables para el entorno familiar que a su vez asegure una evolución en los procesos de rehabilitación. El fonoaudiólogo en esta etapa de consejería debe velar

por adecuados patrones de comunicación y de interacción familiar con el paciente y demás participantes del equipo interdisciplinario.

Referencias bibliográficas

1. Abizanda R, Altaba S, Belenguer A, Más Font S, Ferrándiz A, Mateu L, y De León J. Estudio de la mortalidad post-UCI durante 4 años (2006-2009). Análisis de factores en relación con el fallecimiento en planta tras el alta de UCI. 2011, *Medicina Intensiva*, 35,150-156. doi: 10.1016/j.medin.2010.12.012.
2. American Speech-Language-Hearing Association ASHA. Knowledge and skills needed by speech-language pathologists providing services to infants and families in the NICU environment. 2007. Recuperado de: <http://www.asha.org/policy/KS2004-00080/>.
3. Organización Mundial de la Salud, Metas Mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre bajo peso al nacer, 2017, Número de referencia OMS: WHO/NMH/NHD/14.5, Disponible en: https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_lbw/es/#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,a%20corto%20y%20largo%20plazo.
4. Salinas-Valdebenito L, Núñez A, Milagros A, Escobar-H. RG. Caracterización clínica y evolución tras la intervención terapéutica de trastornos de deglución en pacientes pediátricos hospitalizados. *Rev Neurol* 2010;50(03):139-144doi: 10.33588/rn.5003.2009194
5. Benítez I, Labor Fonoaudiológica en la UCI neonatal, 2018, Recuperado de: http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1645/Belatinéz_FO_2018.pdf?sequence=1
6. Rendón Macías ME, Serrano Meneses GJ. Fisiología de la succión nutritiva en recién nacidos y lactantes. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2011 Ago [citado 2021 Mayo 05]; 68(4): 319-327. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000400011&lng=es.
7. Leguizamo Galvis R, & Antunez de Mayolo Maurer S. Evaluación de las Funciones Estomatognáticas Succión-Respiración-Deglución del neonato. *Areté*, 20(1). 2020. Tomado de: <https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.20106>.
8. De la Oliva P, Cambra F, Quintana M, Rey C, Sánchez J, Martín M, Hernández R, Holanda M, Pilar F, Ocete E, Rodríguez A, Serrano A, Blanch L. 2017 Guías

de ingreso, alta y triage para las unidades de cuidado intensivo pediátrico en España. *Canales de pediatría*. 2018.

9. Suescun J, Pinzón J, Bruges. Trastorno de la deglución y su abordaje en pediatría. *Revista PRECOP - Sociedad Colombiana de Pediatría* 2016. Volumen 15.
10. Santrock John W. 2007 *Desarrollo infantil*. Onceava edición, Texas, Dallas USA; McGraw-Hill Interamericana, 2004. Pág 176-208.
11. Pierre R. Evaluación de la Disfagia en Niños. *Gen* [Internet]. 2014 Sep [citado 2021 Mayo 05]; 68(3): 75-75. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001635032014000300001&lng=es
12. Moreno N.C., & Hernández Y. Roles, funciones y escenarios en los que se desempeña el fonoaudiólogo en su quehacer profesional con la población adulta mayor. Bogotá: Repositorio Universidad Iberoamericana. 2017. Recuperado de <http://repositorio.iberoamericana.edu.co/bitstream/001/424/1/Roles%2C%20funciones%20y%20escenarios%20en%20los%20que%20se%20desempe%C3%20Bla%20el%20fonoaudi%C3%B3logo%20en%20su%20quehacer%20profesional%20con%20la%20poblaci%C3%B3n%20adulta%20mayor.pdf>
13. Guerrero Arango L, Gallego Cortes L, Triviño Vargas Z. *Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de enfermería*. Tomo II. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2017.
14. Guerrero Arango L, Gallego Cortes L, Triviño Vargas Z. (Coords). *Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de enfermería*. Tomo I. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2017.
15. Estupiñan Perez VH, editor científico. *Conceptos del cuidado respiratorio pediátrico*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2021.

Otras referencias bibliográficas

13. Santrock John W. 2007 *Desarrollo infantil*. Onceava edición, Texas, Dallas USA; McGraw-Hill Interamericana, 2004. Pág 176-208.
14. Sosa E, González L, Bodas A, Rbansos C, Ruiz A. Disfagia orofaríngea, un trastorno infravalorado en pediatría, Unidad de gastroenterología y nutrición, 2015. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, (Madrid Vol. 107, N.º 2, pp. 113-115, Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v107n2/caso.pdf>

15. Suescun J; Pinzon J; Bruges; Trastorno de la deglución y su abordaje en pediatría. Revista PRECOP - Sociedad Colombiana de Pediatría 2016.Volumen 15.
16. Salinas-Valdebenito L, Núñez A, Milagros A, Escobar-H. RG. Caracterización clínica y evolución tras la intervención terapéutica de trastornos de deglución en pacientes pediátricos hospitalizados. Rev Neurol 2010;50(03):139-144doi: 10.33588/rn.5003.2009194
17. Velasco Vargas, K., Delacruz, J., León, V., & Lemus, Y. (2014). Rol del fonoaudiólogo en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Areté, 14(1), 54 - 64. Recuperado de: <https://arete.iberu.edu.co/article/view/708>

Lactancia materna desde la mirada de las madres adolescentes: “saber, hacer y actuar”

Breastfeeding from the point of view of teenage mothers: “knowing, doing and acting”

Regina Domínguez Anaya

Universidad San Buenaventura de Cartagena

✉ rdominguez@usbctg.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0001-8752-0479>

Vanessa Bedoya Mejía

Universidad San Buenaventura de Cartagena

✉ vanessabeme@hotmail.com

🌐 <https://orcid.org/0000-0003-1758-5511>

Bernarda Leones Araque

Universidad San Buenaventura de Cartagena

✉ bernarda.leones@usbctg.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0002-5864-0380>

Janeris Díaz Del Toro

Universidad San Buenaventura de Cartagena

✉ janerisdiaz1811@hotmail.com

🌐 <https://orcid.org/0000-0002-1530-933X>

Mariana Larrahondo Gómez

Universidad Santiago de Cali

✉ mariana.larrahondo01@usc.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0001-9611-005X>

Fayzury Sánchez Fernández

Universidad San Buenaventura de Cartagena

✉ fsanchezf29@gmail.com

🌐 <https://orcid.org/0000-0002-3234-6706>

Resumen. La lactancia materna temprana y exclusiva se convierte en la primera y principal fuente de nutrición del niño, ofreciendo el afecto y calor corporal de la madre hacia su hijo durante los primeros meses de vida, fortaleciendo su sistema inmunológico y colaborando con un adecuado desarrollo del niño. Según apreciaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se podrían salvar más de un millón de vidas infantiles en el mundo, si todas las madres alimentaran con leche mater-

Cita este capítulo / Cite this chapter:

Domínguez Anaya R, Leones Araque B, Larrahondo Gómez M, Bedoya Mejía V, Díaz Del Toro J, Sánchez Fernández F. Lactancia materna desde la mirada de las madres adolescentes: “saber, hacer y actuar”. En: Larrahondo Gómez M, Guzmán Sánchez PA, editoras científicas. De la lactancia materna a la alimentación complementaria: Investigaciones, experiencias e intervenciones en profesionales de salud. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2022. p. 103-144.

na a sus niños durante los primeros seis meses. Por tal razón, el objetivo del presente estudio fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna de las madres adolescentes en una Fundación en Cartagena, contribuyendo con ello a realizar un diagnóstico de la situación actual en esta comunidad, con el fin de realizar intervenciones eficaces y fortalecer el proceso de educación continua a la salud materna, neonatal e infantil. En esta investigación de enfoque cuantitativo tipo descriptivo, participaron 63 adolescentes embarazadas y lactantes entre 13-19 años. Como instrumento de recolección se utilizó una encuesta diseñada con base en estudios previos realizados en países como: Bolivia, Cuba y Colombia, entre otros y también la guía de la estrategia de AIEPI en conjunto con la Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia (IAMI) donde se encontraron conceptos y modelos con respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna. Finalmente se pudo identificar, al analizar los conocimientos, que el 31.7% de las adolescentes tiene el concepto errado acerca del tiempo exclusivo de la lactancia materna y el 12.7% no sabe; por otra parte, el 82.5% del total de la población incorpora alimentos antes de los seis meses. Por lo tanto, se concluye que el conocimiento que posee la mayoría de las madres adolescentes sobre lactancia materna es regular, especialmente al tiempo exclusivo de lactancia materna y al inicio de alimentación complementaria; así mismo en lo que se refiere al tiempo de conservación de la leche en refrigeración. Es importante seguir la exploración y la documentación de los comportamientos y las prácticas relacionados con la lactancia materna, debido a que estas buenas prácticas colaboran con el mantenimiento de la salud en la primera infancia.

Palabras clave: embarazo precoz, lactancia materna, malnutrición infantil, desarrollo y crecimiento del niño.

Abstrac. Early and exclusive breastfeeding becomes the first and main source of nutrition for the child, offering affection and body heat from the mother to her child during the first months of life, strengthening their immune system and helping with proper development. of the child. According to the estimates of the World Health Organization (WHO), more than a million children's lives could be saved in the world, if all mothers fed their children with breast milk during the first 6 months.

For this reason, the objective of this study was to evaluate the knowledge, attitudes and practices of breastfeeding of adolescent mothers in a Foundation in Cartagena, thereby contributing to a diagnosis of the current situation of said population with respect to this issue. In order to carry out effective interventions and strengthen the process of continuing education in maternal, neonatal and child health. This research with a descriptive quantitative approach involved 63 pregnant and lactating adolescents between 13-19 years of age. The collection instrument used was a survey designed based on previous studies carried out in countries such as: Bolivia, Cuba, Colombia, among others, and also the guide to the IMCI strategy in conjunction with the Woman and Child Friendly Institution (IAMI) where concepts and models were found regarding the knowledge, attitudes and practices of breastfeeding. Finally, it was possible to identify when analyzing the knowledge that (31.7%) of the adolescents have the wrong concept about the exclusive time of breastfeeding and that (12.7%) do not know; on the other hand, (82.5%) of the total population incorporates food before 6 months. Therefore, it is concluded that the knowledge that the majority of adolescent mothers have about breastfeeding is regular, especially the exclusive time of breastfeeding, initiation of complementary feeding, as well as regarding the time of conservation of the milk in refrigeration. It is important to continue the exploration and documentation of behaviors and practices related to breastfeeding, because these good practices contribute to the maintenance of health in early childhood.

Key words: early pregnancy, breastfeeding, infant malnutrition, child development and growth.

Introducción

La malnutrición infantil es el factor desencadenante más importante hasta en un 50% de todas las muertes en niños menores de cinco años. Mejorar y garantizar la nutrición del infante se convierte en un reto día a día; con ello se contribuiría a disminuir las tasas de enfermedades como las diarreas e infecciones respiratorias, reduciría la muerte del recién nacido y garantizaría un buen desarrollo y crecimiento del infante. En pocas palabras, mejorar el estado nutricional de las madres y de los ni-

ños es una condición para alcanzar uno de los Objetivos del Milenio “Reducir la Muerte Materno-Infantil” (1).

Hay que mencionar que la lactancia materna temprana y exclusiva se convierte en la primera y principal fuente de nutrición del niño, ofreciendo afecto y calor corporal de la madre hacia su hijo durante los primeros meses de vida, fortaleciendo su sistema inmunológico y colaborando con un adecuado desarrollo del niño. Según apreciaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se podrían salvar más de un millón de vidas infantiles en el mundo, si todas las madres alimentaran con leche materna a sus niños durante los primeros seis meses (1).

Además, los niños pequeños según la Ley tienen derechos. La Convención sobre los Derechos del Niño define a este como “todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (art. 1). Por lo tanto, son beneficiarios de todos los derechos consagrados en la Convención, como el derecho a la salud, estimulando la educación sobre esta y el desarrollo del niño, en particular sobre las ventajas de la lactancia materna y la nutrición; para esto se deberá otorgar prioridad también a la provisión de atención prenatal y postnatal adecuada a madres y lactantes a fin de fomentar las relaciones saludables entre la familia y el niño. (1)

Para el año 2006, se estimó que 9.5 millones de niños murieron antes de cumplir los cinco años y que dos tercios de estas muertes ocurrieron durante el primer año de vida. La malnutrición está asociada al menos con el 35% de las muertes que ocurren en la niñez y es la principal causa que evita que los niños que sobreviven alcancen su completo potencial de desarrollo. Se ha estimado que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la lactancia materna no exclusiva durante los primeros seis meses de vida provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de la ‘carga’ de enfermedades en los niños menores de cinco años (2).

Cada año mueren casi 11 millones de niños antes de alcanzar su quinto cumpleaños, la mayoría de ellos durante el primer año de vida. La mayor parte de estas muertes (98% en el 2002) se produce en países en vías de desarrollo. La malnutrición subyace al 54% de todas las muertes infantiles. Proyecciones basadas en el análisis The Global Burden of Disease.

“La carga mundial de la enfermedad,” de 1996, indican que las enfermedades en el infante continuarán contribuyendo de manera importante a las muertes infantiles en el 2020, a menos que se hagan esfuerzos significativos para controlarlas (3).

Actualmente, según la OMS, a nivel mundial, menos del 40% de los niños menores de seis meses reciben lactancia materna como alimentación exclusiva. Es algo certero que la lactancia materna es la intervención más eficaz para reducir la mortalidad de menores de cinco años; las prácticas óptimas de alimentación, lactancia materna exclusiva y la continuación de la lactancia más alimentos complementarios inocuos y apropiados, podrían reducir en una quinta parte la mortalidad en la primera infancia (4). En muchos países de África subsahariana, donde existen las tasas más altas de mortalidad infantil por causa de malnutrición, la alimentación exclusiva con leche materna hasta los seis meses de edad ha aumentado de una manera extraordinaria durante los últimos 10 años; en los países en desarrollo, la tasa actual es de casi el 40% (5).

Cabe señalar que, en España, las encuestas dirigidas por el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría en los últimos años revelan una prevalencia de lactancia materna de alrededor del 20% a los 4 meses. La prevalencia y duración de la lactancia en todos los países europeos está muy por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El no empezar y mantener la lactancia se le atribuye a aspectos tales como: la falta de información, utilización inapropiada de publicidad sobre sucedáneos de la leche materna, escasa formación por parte del personal de salud sobre el tema y el escaso apoyo prenatal y posnatal a la madre y su familia, progenitores con bajo nivel de estudios o con trabajos precarios y familias sin figura paterna (madres adolescentes o solteras). (6)

Así mismo, los datos arrojados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2010 informan que la gran mayoría de mujeres colombianas (96%) inició el amamantamiento de su hijo al nacer, el (4%) de las madres que nunca amamantaron dicen que: no le bajó leche (23%), el niño falleció (21%), el niño rehusó la leche materna (18%). El porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva desciende rápidamente durante los primeros seis meses de vida de los niños, de (63%) en los primeros dos meses a (24%) a los cinco meses de vida. (7)

Con todo lo expuesto anteriormente, a nivel nacional algunos territorios se han preocupado por explorar las prácticas de lactancia materna en algunas poblaciones. Un estudio de corte transversal descriptivo llevado a cabo en el año 2005 en el sector Las Marías del municipio de Girón, Santander, con un total de 96 mujeres en edad fértil encuestadas acerca de actitudes, creencias y prácticas de la lactancia materna menciona que: para el 97,9% de las mujeres encuestadas dar lactancia materna trae beneficios para su hijo porque ayuda al crecimiento del bebé (44,7%), evita enfermedades (43,6%) y favorece el vínculo afectivo (8).

Habría que decir también que, en el departamento de Bolívar, más del 64% de la población tiene necesidades básicas insatisfechas con consecuencias sociales y epidemiológicas, principalmente en los grupos etarios más susceptibles: 20% de los menores cinco años se encuentran en riesgo de malnutrición y de éstos, se estima que el 25% corresponde a malnutridos graves. La mayoría de los niños que presentan este problema en esta zona tienen antecedentes de una lactancia materna ausente o muy corta y una ablactación temprana con alimentos azucarados como el “agua de panela” (agua con melaza de caña de azúcar). (9)

Actualmente los estudios tipo conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), están siendo utilizados en diversos temas de salud y se consideran como la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (8)

Por ello, la OMS hace énfasis y recomienda la Estrategia de Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) para promover la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños. La lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses, constituye la medida más importante para lograr la reducción de la mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas y para proteger de retrasos en el crecimiento durante esta época de la vida. (10)

Todo esto se logra a través de la calidad de atención que brinda el personal de salud mediante la aplicación de criterios y prácticas basadas en la evidencia y fortaleciendo la capacidad de los padres y cuidadores que

tienen bajo su responsabilidad a los niños durante los primeros años de vida. Además de esto, constituye una de las prioridades entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para lograr la reducción de la mortalidad en la primera infancia. (11)

De manera que la promoción de la lactancia materna será racional y exhaustiva solamente cuando estos mecanismos sean establecidos para ayudar a convencer a las mujeres a aumentar la duración e intensidad de su período de lactancia. Por supuesto, esta perspectiva de la “promoción” es estrecha; pues la información tanto de los beneficios como de la práctica adecuada del amamantamiento debería difundirse constantemente a medida que cada generación de nuevas madres llegue a la edad de requerirla. De hecho, esta medida es obligatoria en países que han ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño. (12)

Marco teórico de la investigación

Adolescencia

La adolescencia es una etapa de la vida definida desde varios puntos de vista; este periodo del ciclo vital comienza siendo un hecho biológico teniendo en cuenta el crecimiento del cuerpo y las características sexuales, acompañado de un gran proceso psicosocial que varía según la cultura y los momentos históricos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) esta etapa se extiende desde los 10 hasta los 19 años de edad y comprende procesos físicos, psicológicos y sociales. La OMS considera que biológicamente el individuo vive un crecimiento entre la aparición de los cambios corporales y la madurez sexual, teniendo en cuenta que el adolescente comienza a descubrir y a ver a su cuerpo como fuente de placer y de interacciones con el sexo opuesto. (13)

Por otra parte, para un mejor estudio y comprensión de esta etapa de la vida, la UNICEF divide en dos partes la fase de la adolescencia:

Adolescencia temprana: comprende el periodo entre 10 a 14 años. En esta etapa comienzan a manifestarse los cambios físicos en el cuerpo del adolescente, debido al surgimiento de un crecimiento rápido y repentino

de todo el cuerpo, seguido del desarrollo de los órganos sexuales; estos cambios externos con frecuencia son muy notorios tanto en los hombres como en las mujeres y muchas veces pueden ser motivo de ansiedad. (15)

Adolescencia tardía: comprende el periodo entre los 15 y 19 años. Para este entonces el cuerpo del adolescente ha alcanzado cambios físicos suficientes en su cuerpo para ser notados, e importantes para su desarrollo, aunque el cuerpo en muchos de ellos siga desarrollándose. (16)

Es importante recordar que los adolescentes tienen tareas fundamentales, una de ellas es lograr su propia identidad y solidez personal, siendo prioridad lograr que se sienta a gusto y acepte con madurez los cambios y el crecimiento físico de su cuerpo, aprender a tomar decisiones que le ayuden a determinar su identidad y sexualidad evitando con ello que haya dificultad en el desarrollo de su personalidad y el concepto de sí mismo. Por todo lo anterior es trascendental tener en cuenta y entender la complejidad de esta etapa, debido a que la personalidad del adolescente se acondiciona con todos los cambios ocurridos a nivel físico e intelectual en esta fase de su ciclo vital; tanto así que algunas veces se asumen y se toman decisiones equivocadas para su futuro, surgiendo con esto responsabilidades precoces como el tema del embarazo en la adolescencia, generalmente no planificado, y acompañado de una alteración del curso de su desarrollo normal (15).

Embarazos en la adolescencia en Colombia

Actualmente en Colombia la tasa de fecundidad general ha disminuido, pasando de 91 nacimientos por mil mujeres a 74; sin embargo, la fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años presentó un incremento cercano al 30% entre 1990 y 2005.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2010) el país logró en el último quinquenio detener la tendencia creciente que presentó el embarazo en la adolescencia (entre 1990 y 2005); sin embargo las cifras siguen siendo elevadas pues el 16% de las adolescentes ya son madres, el 19.5% ha estado alguna vez embarazada y el 4% está esperando su primer hijo; esta cifra representa un alto porcentaje si se tiene en cuenta que los embarazos en la adolescencia son generalmente

no planificados o no deseados e implican un impacto negativo en las condiciones físicas y psicológicas de las jóvenes. (16)

Por otra parte, con relación a los niveles educativos, se nota que los porcentajes más altos de embarazo adolescente se presentan en adolescentes sin educación (55%) o solo con educación primaria (46.5%); estas cifras demuestran el papel esencial que juega la escolarización de las mujeres a la hora de prevenir el embarazo adolescente y la necesidad de garantizar no solo el acceso a la educación de niñas y niños, sino también su permanencia durante todo el ciclo educativo (17).

Al analizar el comportamiento de las zonas geográficas, es igualmente preocupante la situación en las áreas rurales, observándose un porcentaje de 26.7% de adolescentes que alguna vez estuvieron embarazadas, en comparación con un porcentaje de 17.3% de embarazo en las jóvenes de las zonas urbanas. Es decir, la diferencia entre zona urbana y rural es de aproximadamente de un 9 %.

Lactancia materna (LM)

La lactancia materna es un acto instintivo y natural de alimentar de los mamíferos y específica de cada especie. Es un proceso interactivo entre madre e hijo/a y su éxito depende de la conducta adquirida durante esta práctica, acompañada por el apoyo social y complementada por el apoyo emocional, conocimientos e información a la madre. (18)

Para la OMS “La lactancia natural es una forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos”. (19)

Es importante tener en cuenta la lactancia óptima como una de las herramientas más eficaces para garantizar la supervivencia infantil a nivel mundial. La OMS y la UNICEF han establecido tres directrices para la lactancia óptima:

1. Comenzar la lactancia lo más pronto posible.
2. Amamantar de forma exclusiva (sin dar ningún alimento o líquido) hasta los seis meses de edad del niño.
3. Iniciar alimentación complementaria a los seis meses de edad (dar alimentos adecuados para la edad además de la leche materna) hasta los dos años o más.

Lactancia materna exclusiva

El lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o una nodriza si es necesario y no recibe ningún líquido o sólido, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, suplementos de vitaminas, minerales u otra medicina si es necesario.

Alimentación complementaria

La alimentación complementaria se refiere al inicio de otros alimentos y líquidos, además de la leche materna cuando esta no es suficiente para cubrir las demandas nutricionales del lactante. A los seis meses de edad se debe iniciar la alimentación complementaria, acompañada de lactancia materna hasta los dos años.

Componentes de la leche materna

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Se digiere fácilmente y se utiliza de manera eficiente. La leche materna también contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra la infección; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes. (2)

Agua: contiene un 88% de agua y su osmolaridad es parecida a la del plasma lo que permite mantener un equilibrio electrolítico (20).

Grasas: la leche humana contiene aproximadamente 3.5 g de grasa por 100 ml de leche; esta cantidad representa aproximadamente la mitad de

su contenido energético. La leche que es secretada al final de la mamada es rica en grasa y tiene un aspecto blanco cremoso, mientras que la leche del principio de la mamada contiene menos grasa y tiene un color algo azul grisáceo. La grasa de la leche materna contiene ácidos grasos que no se encuentran presentes en otras leches, y que son importantes para el desarrollo neurológico del niño. (2)

Hidratos de carbono: el principal hidrato de carbono de la leche materna es la lactosa y contiene aproximadamente 7 g de lactosa por 100 ml de leche, cantidad más elevada que en la mayoría de otras leches. Otro hidrato de carbono son los oligosacáridos que brindan protección contra la infección. (20)

Proteínas: la concentración de proteína en la leche materna (0.9 g por 100 ml) es menor que en la leche animal. La leche materna contiene una menor cantidad de la proteína llamada caseína, ésta forma cuajos que son más fáciles de digerir que los que se forman con otras leches. En relación con las proteínas solubles del suero, la leche humana contiene mayor cantidad de alfa-lactoalbúmina; la leche de vaca contiene beta-lactoglobulina, la cual se encuentra ausente en la leche humana y suele provocar intolerancia en los lactantes. (2)

Vitaminas y minerales: la leche materna contiene vitaminas para el lactante, a menos que en la madre sean deficientes. Las excepciones son la vitamina D, el hierro y el zinc, los cuales están presentes en baja concentración. Pero su biodisponibilidad y absorción es elevada, solamente los lactantes que nacen prematuramente pueden necesitar suplementos antes de los seis meses de edad. (21)

Factores anti-infecciosos: principalmente la inmunoglobulina (A) la cual recubre la mucosa intestinal y evita que las bacterias penetren a las células; los glóbulos blancos destruyen microorganismos; las proteínas del suero (lisozima y lactoferrina) destruyen bacterias, virus y hongos y los oligosacáridos evitan que las bacterias se adhieran a la superficie de las mucosas. (2)

Calostro: es la leche especial que es secretada durante los primeros 2-4 días después del parto. Es producida en pequeña cantidad, aproxima-

damente 40–60 cc en el primer día. El calostro a diferencia de la leche madura es más rico en glóbulos blancos y anticuerpos, especialmente en inmunoglobulina A y contiene un mayor porcentaje de proteínas, minerales y vitaminas liposolubles (A, E y K), es rica en betacarotenos que proporcionan la vitamina A, importante para la protección contra la infección y para el desarrollo temprano de la retina. (21)

Además, proporciona una importante protección inmunológica al lactante cuando éste se expone por primera vez a los microorganismos del ambiente, y el factor epidérmico de crecimiento ayuda a preparar la mucosa intestinal para recibir los nutrientes aportados por la leche, provee lactosa que colabora en la prevención de la hipoglicemia y además facilita la expulsión de meconio, colaborando con esto a la excreción de la bilirrubina, el calostro es considerado la “primera inmunización”.

Por todo lo anterior, es importante que los lactantes reciban calostro en las primeras horas del nacimiento y no otros alimentos. La leche comienza a ser producida en grandes cantidades entre los días dos y cuatro después del parto, provocando que los pechos se sientan llenos; es lo que se llama (“subida” o “bajada”) de la leche. En el tercer día, un lactante toma normalmente 300–400 ml en 24 horas y en el día quinto 500–800 ml. Del día siete al catorce la leche es llamada de transición y después de las primeras dos semanas se llama leche madura.

Bases fisiológicas de la leche materna

Con el fin de entender más a fondo el tema de lactancia materna se describe a continuación puntos claves en cuanto a la anatomía y fisiología del pecho materno.

Anatomía del pecho materno

La estructura del pecho materno la componen el pezón, la areola (corpúsculos de Montgomery y las glándulas de Morgagni), el tejido mamario, tejido conectivo de soporte y grasa; vasos sanguíneos linfáticos y los nervios.

El pecho se encuentra en la porción externa del musculo pectoral entre la segunda costilla y el sexto cartílago intercostal, su diámetro es muy

variable suele decirse que mide entre diez y doce cms; uno de los pechos es de mayor tamaño que el otro. Por otra parte, tenemos que la forma del pecho varia de modo fisiológico a lo largo de la vida, al principio suele ser de forma cónica, después piriforme, luego es hemisférico y con el paso de los años se vuelve pendulado.

Parénquima glandular: la mayor parte del contenido en el pecho es grasa, por lo que es importante resaltar que no tiene nada que ver el tamaño del seno con la producción de leche. El tejido mamario está compuesto por los alveolos que son los pequeños sacos conformados por células secretoras de leche y por los conductos que transportan la leche al exterior. Los alveolos están formados por células secretoras y rodeados por células miopiteliales (músculo involuntario), que se contraen y hacen que la leche fluya por los conductos.

Producción y salida de la leche

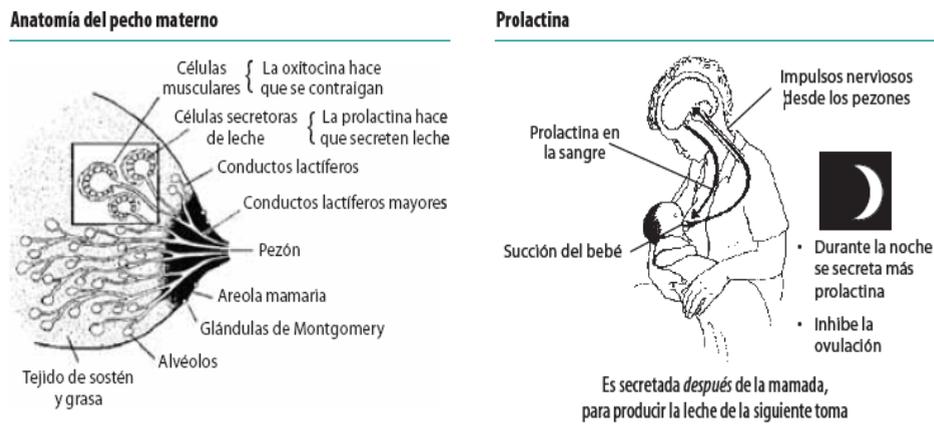
En la producción y salida de la leche se resaltan tres aspectos fundamentales: la madre y las hormonas de la lactancia (prolactina y oxitocina), el bebé con sus reflejos de búsqueda, succión y deglución para una adecuada succión y vaciado del pecho y por último una adecuada posición tanto de la madre como del bebe (22). La prolactina y la oxitocina se producen en la hipófisis por un reflejo neuroendocrino, cuando el lactante succiona el pecho materno, los impulsos sensoriales viajan del pezón hacia el cerebro. Como respuesta a este estímulo, el lóbulo anterior de la glándula pituitaria secreta prolactina y el lóbulo posterior secreta oxitocina.

Prolactina: Es la hormona responsable de la producción de leche, el nivel de esta se incrementa durante el embarazo hasta 20 veces más de lo normal. Sin embargo; los estrógenos y la progesterona placentarios suelen bloquear la acción de la prolactina tras el parto, posteriormente con la salida de la placenta se disminuyen los niveles de progesterona y estrógenos, comenzando así la prolactina actuar en la salida de la leche. Es importante resaltar que los niveles de prolactina se incrementan con la succión del lactante, las mamadas frecuentes, la estimulación del pecho y las relaciones sexuales. La secreción de prolactina es mayor a los 40 días después del parto y tiene niveles máximos a los 30 minutos del inicio

de la mamada, de manera que su efecto más importante es producir leche para la siguiente mamada.

Oxitocina: Esta hormona provoca que las células mioepiteliales que rodean los alvéolos se contraigan, produciendo una salida del contenido de leche hacia los conductos galactóforos y al exterior de los conductos mamarios. En el útero la oxitocina produce contracciones después del parto, reduciendo así el sangrado, colabora en la erección del pezón y en el orgasmo ocasiona contracciones en la vagina. Es clave saber que los estímulos emocionales, visuales olfativos y auditivos además del estímulo en la areola y el pezón provocan liberación de esta hormona. Es por ello que la oxitocina se libera rápidamente tras el estímulo del pecho y provoca salida de leche en minutos; esta salida se caracteriza por la presencia de hormigueo durante la bajada de leche. (23)

Figura 1. Anatomía del pecho materno.



Fuente: Disponible en el libro de “La alimentación del lactante y del niño pequeño”.

Posición del bebe y de la madre durante la lactancia materna

Es importante tanto la postura de la madre como la posición del bebé, con el objetivo de garantizar una adecuada y exitosa lactancia. Por ello a continuación se recomiendan algunas posiciones.

Posturas de la madre para amamantar: lo más importante en las siguientes posturas es la relajación y el acomodo tanto de la madre como la del niño; la madre no debe tener ninguna tensión muscular, sobre todo en la espalda, para esto puede utilizar almohadones. La espalda siempre debe ir apoyada y si la postura lo requiere se recomiendan utilizar los reposapiés con el fin de evitar molestias a nivel osteomuscular, garantizando siempre un buen agarre y una buena alimentación del niño.

Posición de crianza biológica: esta postura se basa en el estudio de reflejos maternos y neonatales. La madre se coloca acostada (entre 15° y 65°) en posición supina y el bebé en prono, en contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta postura permite al bebé liberarse de su peso y desarrollar los reflejos de gateo y búsqueda. Además, le asegura el contacto de su cara con el pecho. La madre le ayuda a llegar al pecho ofreciendo límites con sus brazos. En esta posición se activan una serie de reflejos que facilitan un buen agarre, la eficiencia de la toma y una mejor producción de leche. (24)

Figura 2. Posición de crianza biológica.



Fuente: Disponible en las recomendaciones del Comité de la Asociación Española de Pediatría (AEP).

Esta posición se puede realizar en cualquier momento, pero es especialmente adecuada durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho).

Sentada: es la más usada por las madres, por su comodidad, sobre todo si se acompaña de elevación de los pies. En esta posición la madre debe apoyar la espalda sobre un respaldo, para estar lo más cómoda posible, puede apoyarse sobre un cojín y se recomienda usar un reposapiés. La madre debe sostener al bebé contra su pecho, puede sujetarlo con la mano en su espalda, apoyando la cabeza del bebé en el antebrazo, el ombligo del niño debe contactar con el de la madre, sin necesidad de inclinarse hacia adelante, evitando molestias en la espalda.

Figura 3. Sentada.



Fuente: Disponible en el libro de obstetricia y medicina fetal.

No es necesario intentar sujetar las nalgas del bebé con la mano del brazo en el que está apoyado, ya que habitualmente esto fuerza a que la cabeza del bebé se sitúe muy cerca del codo, lo que puede provocar que el cuello se flexione o no pueda estirarlo hacia atrás, resultando así más difícil el agarre y tragar con eficacia. (24)

Posición de “Rugby”: en esta posición el cuerpo del bebe debe pasar por debajo del brazo de la madre y sus pies hacia su espalda. Esta posición suele ser útil para drenar los conductos externos del pecho, con el fin de prevenir o tratar posibles obstrucciones o mastitis, que suelen ser más frecuentes en esta zona. Esta posición es recomendada después de una cesárea o para amamantar a gemelos, debido a que durante la mamada los bebes no se molestan el uno al otro, ya que se encuentran en sentido opuesto. (25)

Figura 4. Posición de Rugby.



Fuente: Disponible en el libro de obstetricia y medicina fetal.

Posición de “caballito”: la práctica de esta posición suele ser poco frecuente. Esta posición se basa en colocar al bebe sentado a horcajas sobre una de las piernas de la madre; suele ser recomendada en niños que tienen dificultad para fijar el pecho ya sea por retrognatía (maxilar inferior muy corto o retraído) u otras causas. Hay que tener en cuenta que cuando se le introduzca el pezón en la boca al niño este debe apuntar hacia arriba, en dirección a su paladar, una buena porción del pecho debe descansar sobre el labio inferior del bebé, con el fin de garantizar un mejor agarre de este.

Figura 5. Posición de caballito.



Fuente: Disponible en el libro de obstetricia y medicina fetal.

Posición acostada: esta postura de la madre es muy común, debido a que facilita su descanso. Es especialmente útil si la madre todavía siente molestias tras el parto, sobre todo si ha sido sometida a una episiotomía o cesárea. También es muy útil para amamantar por las noches o si simplemente se quiere descansar un rato. En esta postura de la madre, el bebé también puede ser posicionado con los pies hacia la cabeza de ella, es decir en paralelo inverso. (25)

Figura 6. Posición de acostada.



Fuente: Disponible en el libro de obstetricia y medicina fetal.

Posición del bebé al pecho materno: el bebé toma leche materna por medio de dos mecanismos: por medio de la oxitocina, el reflejo de salida de leche acompañado del reflejo de succión del niño. El lactante cuando succiona realiza una presión negativa con el fin de mantener el pecho dentro de su boca, realizando movimientos peristálticos de la lengua, esta se sitúa por debajo de la areola realizando oscilaciones peristálticas desde la punta a la porción faríngea. Estas oscilaciones, acompañadas de la apertura y cierre de la mandíbula, son las que facilitan el arrastre de la leche desde los senos galactóforos al pezón; la lengua no debe rozar o friccionar la areola o el pezón.

Es muy importante tener en cuenta, que, para mantener la mayor parte de la areola dentro de la boca del bebe, el ángulo mandibular se debe mantener más o menos a 120°, empezando así el reflejo de deglución cuando la boca se llena de leche. Por otra parte, cabe decir que mientras el bebé está mamando la posición de su boca es asimétrica, es decir el bebé se encuentra con la boca situada de manera excéntrica en posición caudal, desplazada hacia los pies del bebe con el pezón de la madre apuntando al paladar y situándose en el paladar blando.

En cuanto a las posiciones del lactante, pueden ser muy variadas, dependiendo de la posición de la madre; transversalmente al pecho y abdomen de la madre, bajo el brazo o a lo largo de su cuerpo. Cualquiera sea la posición de la madre o la posición del lactante en relación a ella, existen cuatro puntos claves acerca de la posición del cuerpo del lactante que deben ser observados por la madre:

- El cuerpo del lactante debe estar derecho, no curvado o doblado. La cabeza del lactante puede estar ligeramente extendida hacia atrás, lo cual favorece que el mentón esté muy cerca del pecho.
- El lactante debe estar frente al pecho. Los pezones usualmente apuntan ligeramente hacia abajo, de manera que el lactante no debe ser aplastado contra el pecho o el abdomen de la madre; debe ser colocado sosteniendo su espalda de manera que sea capaz de ver el rostro de su madre.
- El cuerpo del lactante debe estar próximo al de la madre, lo cual favorece la cercanía del lactante al pecho y que pueda tomar una buena cantidad en su boca.

- El cuerpo entero del lactante debe estar sostenido. El lactante puede apoyarse en la cama o se puede emplear una almohada o estar en el regazo o los brazos de la madre (2). La madre no debe sostener solamente la cabeza y el cuello del lactante. No debería agarrar las nalgas del lactante, ya que esto puede desplazarlo mucho hacia un lado dificultando que el lactante coloque su mentón y lengua por debajo de la areola.

Ventajas de la Lactancia Materna

La lactancia materna es la primera experiencia y uno de derechos más importantes que tienen los bebés cuando nacen, según la Convención Internacional por los Derechos del Niño. Es importante tener en cuenta que, a través de la lactancia materna exclusiva, la madre no sólo transmite a su hijo emociones, fortaleciendo el bienestar emocional del binomio madre e hijo, sino que también asegura el consumo adecuado de requerimientos nutricionales necesarios para mantener su metabolismo, crecimiento y desarrollo normal. (26)

Hay que mencionar además que, la leche materna otorga al neonato un completo y eficaz desarrollo orgánico, cerebral, somático y maxilofacial, reduce la morbilidad infantil (reduciendo la prevalencia diarreica) durante el período crítico del primer año de vida.

El neonato depende de la lactancia materna para concretar satisfactoriamente su desarrollo cerebral (gracias a que la leche materna contiene ácidos grasos de cadena larga que favorecen el desarrollo cerebral), como una continuación de la alimentación que se dio intrauterinamente a través del cordón umbilical y la placenta. Es importante resaltar que contribuye en el desarrollo del aparato masticatorio, evitando la adquisición de hábitos bucales deformantes y previniendo así anomalías a nivel dental y maxilofacial, caries dentales y problemas del lenguaje; además de esto a través de la leche materna el neonato recibe células inmunológicas de la madre que le brindan una inmunidad adquirida de forma pasiva contra enfermedades infecciosas. (27)

Actualmente existen algunos estudios que muestran el beneficio de la lactancia materna relacionando un efecto de dosis respuesta, es decir, a mayor duración, mayores ventajas. La morbilidad por enfermedades de vías respiratorias bajas es significativamente menor en aquellos que no interrumpen la lactancia antes de los doce meses.

Por otra parte, los niños amamantados ganan menos peso y son más delgados al final del primer año de vida. Algunas investigaciones recientes muestran que el crecimiento de los lactantes sanos alimentados con pecho materno difiere significativamente del actual patrón internacional. Estudios de seguimiento a largo plazo demuestran que la lactancia materna prolongada podría contribuir a reducir la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta y otras relacionadas con la obesidad. (28)

Ventajas de la Lactancia Materna para la madre

Es importante reconocer que las madres que amamantan tienen menor riesgo de tener depresión posparto y anemia, además aumenta su autoestima y confianza. La recuperación en cuanto a pérdida de peso es más fisiológica y rápida, de tal manera que el útero vuelve antes a la normalidad y existe menos riesgo de hemorragia posparto. Además, a largo plazo reduce el riesgo de padecer cáncer de mama o de ovario.

Dentro de las ventajas de la leche materna hay que tener en cuenta que la leche materna siempre está disponible, a la temperatura adecuada y es gratuita. Por lo tanto, a las ventajas anteriores de la leche materna, se le suma la comodidad de estar siempre “preparada” y la economía que supone a la familia. Sin dejar de mencionar que también resulta idónea para toda la sociedad y el medio ambiente al no producir materiales de desecho. (29)

Promoción de la Lactancia Materna

La promoción de la lactancia materna comprende una serie de programas y actividades en ámbitos educativos, sanitarios, comunitarios, gubernamentales y no gubernamentales. Para esto, es necesario llevar a cabo una actividad investigativa que establezca el grado de conocimientos que las madres tienen respecto a la lactancia materna. Como ante-

riormente se ha dicho, la lactancia materna ofrece muchos beneficios para la salud de la madre y el niño, por lo que es considerada clave en la salud pública; por lo tanto, la promoción de esta, es la estrategia más adecuada para lograr la adhesión a ésta práctica.

Para lograr la promoción y el empoderamiento de este tema hay que tener en cuenta que existen tres momentos claves para educar y lograr una lactancia materna exitosa; el primero, desde antes de la gestación hasta previo al parto, el segundo, inmediatamente después del parto (momento más crítico en el establecimiento de la lactancia natural) y el tercero, el período postparto; por tal motivo los profesionales y las instituciones del sector salud son un factor decisivo para conseguir que las madres acepten y conciban la lactancia materna como un proceso natural, necesario y adecuado para los niños manteniéndola en forma exclusiva hasta los seis meses y en forma complementaria hasta los dos años de vida.

Actualmente, a nivel mundial, se revela un incremento de lactancia materna en niños menores de dos años, pero aún es insuficiente para lograr las metas en los primeros seis meses de vida y su continuación con alimentación complementaria y oportuna. Esta situación es preocupante al igual que la situación nutricional de los niños con alta prevalencia de baja talla y de obesidad, entre otros, trastornos y enfermedades de la primera infancia. Este panorama se empeora si se le suma el alto consumo de alimentos promovidos falsamente como saludables y el de bebidas azucaradas.

Es importante tener en cuenta lo anterior, debido a que existen lineamientos con pruebas científicas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño que nos brinda la OMS, señalando la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de vida y el papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correcta para lograr un estado de salud óptimo. Las buenas prácticas de alimentación permiten iniciar estilos de vida saludables en la infancia y mejorar el estado de salud en la vida adulta.

Conocimiento, Actitudes y Prácticas de la Lactancia Materna

Conocimientos: son representaciones mentales que cada individuo consolida a lo largo de su vida que se estructuran como ideas, nociones o

claras definiciones y conceptos. Son mediados por la percepción, la información, la experiencia y el raciocinio que expresan lo que la gente sabe empírica o científicamente de algo. De la misma manera, mediante opiniones basadas en lo que se sabe o piensa, se pueden revelar características de las creencias de las personas, respaldar emocionalmente sus actitudes y justificar sus prácticas ante sí mismo y los demás. (30)

Sin embargo, existe una interacción conceptual y operacional muy confusa entre conocimientos y creencias; sus límites no son siempre fácilmente definibles. Los conocimientos pueden ser más objetivos, con claras bases en el saber popular o científico, mientras que las creencias tienen una carga individual y subjetiva más definida, con claras bases en consideraciones más particulares de la gente y su grupo social.

Actitudes: son definidas como estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la experiencia que incitan a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones, pueden ser favorables o desfavorables, de rechazo o aceptación respecto a lactancia materna, alimentación habitual del niño menor de tres años y durante periodos de enfermedad. (31)

Prácticas: la práctica de la lactancia materna, al igual que muchas otras conductas, se encuentra determinada por una diversidad de factores y entre ellos los conocimientos, las creencias y las actitudes serían, según la perspectiva comportamental, los factores básicos para poder evaluar los resultados de las diferentes prácticas de salud. (18)

En la perspectiva comportamental hay muchos determinantes o predisponentes explicativos de la conducta: el instinto, los impulsos, las necesidades, la motivación, la intención, los valores, las percepciones, las creencias, los conocimientos, las opiniones, las actitudes, la auto eficacia y las habilidades cognitivas, verbales o psicomotoras de los individuos. Por otro lado, en la perspectiva social se estudian las variables interpersonales y grupales, así como aspectos organizacionales, institucionales, comunitarios y ecológicos, entre otros que han sido propuestos y aplicados para explicar las prácticas de las personas. (30)

Teniendo en cuenta las anteriores bases teóricas e investigaciones, llama la atención el hecho que, a pesar de los beneficios conocidos y estudiados

sobre lactancia materna, exista todavía falta de interés por gran parte de la población sobre la importancia que tiene el saber y aplicar los conocimientos de este tema, viéndose reflejado actualmente en las altas tasas de diarrea, malnutrición infantil y mortalidad relacionada por bajas defensas inmunitarias y abandono del recién nacido.

Por tal razón, conviene realizar nuevos planes y aplicar estrategias en salud pública que eduquen y ayuden a estimular a la población, sobre todo a madres en etapa de embarazo y lactancia, sobre la importancia que tienen los conocimientos de este tema, con el fin de mejorar su práctica, con un apoyo moral más directo que ayude a dar una mejor calidad y esperanza de vida al recién nacido. (27)

Actualmente los estudios tipo conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), han sido una herramienta común de los grupos académicos y técnicos de abordar el estudio e intervenir en estas tres importantes variables comportamentales con respecto a los eventos del proceso salud-enfermedad.

Estos estudios son de relevancia cuando permiten identificar de modo selecto y simple el comportamiento de algunas de las variables que actúan como determinantes de la intención, aparición, consistencia, frecuencia y duración en el tiempo de ciertas acciones que las personas realizan, teniendo en cuenta que los conocimientos, creencias y actitudes que éstas poseen muchas veces determinan la forma de exteriorizarse espontánea o inducidamente mediante opiniones frente algún tema específico, considerando que tales acciones sean o no benéficas para su salud y su grupo social. (31)

Es responsabilidad del personal de salud contribuir en el enriquecimiento del conocimiento y las prácticas de los padres y de toda la familia con relación al cuidado y atención de los niños y las niñas, por ello es fundamental promover el conjunto de las prácticas familiares claves de AIPI, dentro de las que se encuentran la lactancia materna como primera práctica clave que tiene como objetivo contribuir a mejorar la capacidad de la familia de brindarle a sus niños y niñas la atención más apropiada que garantice su supervivencia, crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida.

La aplicación de estas prácticas clave en el seno familiar y en la comunidad permite fortalecer el vínculo entre sus integrantes y el papel importante que desempeñan cada uno de ellos en la construcción de sociedades comprometidas con su futuro, cuidando y preservando la salud infantil.

Por todo lo anterior, se hace necesario el aporte de nuevas investigaciones con respecto a estos temas, considerando para ello el análisis y la discusión de las prácticas claves de la estrategia AIEPI que son de gran trascendencia en el contexto comunitario y constituyen una de las principales tareas que se debe realizar de manera continua por parte del personal de la salud con el fin de contribuir en la toma de decisiones en salud Pública. (3)

Objetivo general

Evaluar conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna de madres adolescentes en una Fundación en Cartagena.

Metodología

Esta investigación es de enfoque cuantitativo tipo descriptivo, debido a que la intención fue identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna que tenían las madres adolescentes entre 13 y 19 años de edad de una Fundación en Cartagena. Participaron 63 adolescentes embarazadas y como instrumento de recolección se utilizó una encuesta diseñada con base en estudios previos realizados en países como Bolivia, Cuba y Colombia, entre otros, y también la guía de la estrategia de AIEPI en conjunto con la Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia (IAMÍ) donde se encontraron conceptos y modelos con respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna.

Resultados y discusión

Características socioeconómicas

Tabla 1. Edad de las adolescentes embarazadas y lactantes (madres e hijos).

Estadísticos	Lactantes		Embarazadas
	Madre	Hijo*	Madre
Media	17,2	8,5	16,0
Desviación estándar	1,5	6,9	1,7
Moda	17,0	2,0	17,0
Mínimo	14,0	1,0	13,0
Máximo	20,0	29,0	19,0
Observaciones	33,0	33,0	30,0

*Edad expresada en meses

Fuentes: Elaboración propia.

De acuerdo con los hallazgos que se presentan en la tabla, las madres embarazadas presentan en promedio una edad inferior a aquellas que son lactantes, correspondiendo la edad de las primeras a 16 años (desviación estándar [D.E.] de 1,7) y la de las segundas a 17,2 (D.E. de 1,5).

Resultados que son consistentes con los hallazgos para Colombia (32), donde se indica que 20% de las mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada, siendo el 16% madres y el 4% está esperando su primer hijo. Por edades se tiene que, para 2010 a nivel nacional, el 5,2% de las adolescentes de 15 años alguna vez ha estado embarazada, el 9,5% de las de 16, el 19,1% de las de 17, el 27,6% de las de 18 y el 38,4% de las de 19 años.

Lo anterior reviste graves consecuencias para la madre, tales como quebrantos de salud, deserción escolar, pérdida de futuras oportunidades económicas y dificultades emocionales, físicas y financieras (33), así como peligros en la salud del menor, como malnutrición severa. (34)

Los hijos de las mujeres lactantes poseen en promedio una edad de 8,5 meses, siendo la edad máxima de 29 meses, y la mínima de un mes. Los casos que más se presentaron fueron los niños con dos años.

Tabla 2. Características Sociodemográficas de las adolescentes embarazadas y lactantes.

Variables	Lactantes		Embarazadas	
	Frecuencia (n)	Porcentaje %	Frecuencia (n)	Porcentaje%
Observaciones	33	100,0	30	100,0
Estado civil				
Soltera	7	21,2	3	10,0
Separada	4	12,1	0	0,0
Unión Libre	22	66,7	27	90,0
Nivel educativo				
Primaria	1	3,0	2	6,7
Secundaria	31	93,9	26	86,7
Técnico	1	3,0	2	6,7
Estrato				
1	24	72,7	22	73,3
2	9	27,3	7	23,3
3	0	0,0	1	3,3

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, las características sociales y demográficas de las madres objeto de estudio se muestran en la tabla 2. Las madres lactantes de acuerdo a su estado civil conviven, en su mayoría, con su pareja en unión libre (66,7%), seguidas de las solteras (21,2%) y de las separadas (12,1%). El patrón es muy similar a las madres embarazadas, donde predominan aquellas en unión libre (90%) y solteras (10%).

El nivel de formación educativa predominante correspondió a la secundaria, tanto para las madres lactantes (93,9%), como para las embara-

das (86,7%), destacando que las adolescentes cursaban grados inferiores de ese nivel educativo, o habían desertado de sus estudios debido al embarazo; todo esto deviene en menores niveles de conocimientos en general y en particular sobre lactancia materna.

De acuerdo a los hallazgos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia (33), de las adolescentes alguna vez embarazadas, el 55% no posee ningún grado de educación, el 46,5% estudió hasta algún grado de primaria, el 17,9% secundaria y el 10,5% superior. En general, en Colombia entre más alto sea el nivel educativo de las jóvenes, las tasas de fecundidad adolescente tienden a decrecer.

Por último, el estrato más frecuente fue el 1, en mujeres lactantes (72,7%) y en embarazadas (73,3%) y el estrato 2, con 27,3% y 23,3%, respectivamente. Al respecto, la evidencia para Latinoamérica y para el caso de Bogotá (33), (34) sugiere una relación positiva entre el estrato y el hecho de ser madre adolescente; relación que se presenta en este estudio.

Conocimientos y actitudes de madres adolescentes sobre la lactancia materna

Tabla 3. Conocimientos frente a la alimentación de los niños de las adolescentes embarazadas y lactantes.

VARIABLES	LACTANTES		EMBARAZADAS	
	Frecuencias(n)	Porcentaje%	Frecuencia (n)	Porcentaje%
Observaciones	33	100,0	30	100,0
<i>Composición de la leche</i>				
Solamente agua	1	3,0	0	0,0
Nutrientes, agua, vitaminas	26	78,8	23	76,7
Solo nutrientes y vitamina	6	18,2	10	33,3
<i>Ventajas de lactancia madre-niño</i>				
Primera vacuna del niño	5	15,2	14	46,7

VARIABLES	LACTANTES		EMBARAZADAS	
	Frecuencias(n)	Porcentaje%	Frecuencia (n)	Porcentaje%
Lactancia debe combinarse con jugos de frutas para evitar la diarrea	0	0,0	2	6,7
Ayuda a la madre a la involución de órganos.	12	36,4	7	23,3
Evita la diarrea	16	48,5	7	23,3
<i>Tiempo para conservar la leche</i>				
24-72 horas parri-lla refrigerador	17	51,5	15	50,0
3 meses en el congelador	2	6,1	1	3,3
6 meses a 1 año en el congelador	1	3,0	2	6,7
Dar otro tipo de leche	4	12,1	4	13,3
No sabe	9	27,3	8	26,7
<i>Cuánto es el tiempo exclusivo de lactancia materna</i>				
4 meses	2	6,1	2	6,7
6 meses	18	54,5	17	56,7
1 año	11	33,3	5	16,7
No sabe	2	6,1	6	20,0
<i>A los cuantos meses se incorpora otro alimento</i>				
< 6meses	30	90,9	22	73,3
> 6 meses	3	9,1	10	33,3

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3 se muestra que, sobre la composición de la leche, las lactantes y embarazadas contestaron que esta contiene solo nutrientes y vitaminas (18,2% y 33,3% respectivamente), nutrientes aguas y vitami-

nas (78,8% y 76,7% respectivamente) y un caso dentro del grupo de las madres lactantes afirmó que la leche está compuesta solo por agua (3%). Las ventajas que, según las madres, tiene la lactancia son las siguientes. En el grupo de las lactantes, la afirmación más frecuente fue que evita la diarrea (48,5%), seguida de que ayuda a la madre a la involución de órganos (36,4%), y que es la primera vacuna del niño (15,2%). En contraste, en el segmento de las mujeres embarazadas la ventaja más reportada fue que la lactancia se constituye en la primera vacuna del niño (46,7%), además de que ayuda a la madre a la involución de órganos y evita la diarrea (23,3% cada uno).

Con respecto al tiempo de conservación de la leche, el 27,3% de las lactantes y el 26,7% de las madres embarazadas no tienen conocimiento sobre este tema; aproximadamente la mitad de las entrevistadas en ambos grupos indicó que el tiempo para conservar la leche materna es entre 24 y 72 horas en la parrilla del refrigerador (51,5% las lactantes y 50% las embarazadas), y unas más preferirían dar otro tipo de leche (12,1% y 13,3%, en cada grupo).

Sobre el tiempo exclusivo de la lactancia materna, el 6,1% de las lactantes y el 20% de las embarazadas no tienen conocimiento, consideran que debe durar un año el 33,3% y el 16,7% respectivamente, seguido de la mayoría que indicó que son seis meses (54,5% las lactantes y 56,7% las embarazadas).

En último término, se encontró que las madres indicaron conocer que en un tiempo inferior a los seis meses de edad del niño deben incorporarle alimentos distintos a la leche materna a su dieta (90,9% en el grupo de las lactantes y 73,3% en el de las embarazadas). La minoría contestó que lo anterior debe hacerse cuando el niño tiene una edad superior a los 6 meses (9,1% y 33,3% en cada grupo de mujeres).

Gamarra, et al (35) resaltan en sus estudios en Lima, con respecto al conocimiento de las ventajas de la lactancia materna, que la mayoría de las madres de su estudio posee algún tipo de conocimiento con respecto a las ventajas de la leche materna para el desarrollo del niño; sin embargo, se evidencia también que muchos grupos de madres consideran la alimentación complementaria antes de los seis meses y que la lactancia debe suspenderse antes de los dos años por el dolor al amamantar,

baja producción de leche, rechazo del niño o por razones laborales. Por tal motivo esto impulsa a fortalecer los programas de promoción de la lactancia materna exclusiva y además de esto, aportar a los conocimientos en el tema de la conservación de leche materna, para las madres que trabajan o estudian.

Los resultados de este estudio son similares a los hallados por Durán et al. (2009), con respecto a lactancia materna se observó que al temprano abandono de la lactancia se suma un inicio temprano de la alimentación complementaria. (36)

El inicio de la alimentación complementaria es temprano: 25% incorporó alimentos antes del cuarto mes, 43% entre el cuarto y el sexto mes de vida y sólo el 32% de los niños al sexto mes o después; es decir que el 70% de las madres incorpora algún alimento antes de los seis meses de vida, concluyendo que el 31% de los niños que había iniciado la LM no había recibido ninguno de esos alimentos hasta al menos el sexto mes de vida. Este dato implica que solo ese 31% de niños pudo haber sido potencialmente alimentado con leche materna de manera exclusiva. La proporción de niños que inicia la lactancia materna es elevada, pero decae rápidamente hasta los dos años de edad; a lo cual debe agregarse que las características de la alimentación complementaria no son las óptimas.

Tabla 4. Actitudes frente a la alimentación de los niños de las adolescentes embarazadas y lactantes.

ACTITUD	LACTANTES		EMBARAZADAS	
	Frecuencia (n)	Porcentaje%	Frecuencia (n)	Porcentaje%
Observaciones	33	100,0	30	100,0
<i>Combina la leche materna en los primeros seis meses de vida con otra leche</i>				
Leche de vaca	3	9,1	2	6,7
Leche en polvo	10	30,3	12	40,0
Otro	5	15,2	12	40,0
No combina	15	45,5	4	13,3

ACTITUD	LACTANTES		EMBARAZADAS	
	Frecuencia (n)	Porcentaje%	Frecuencia (n)	Porcentaje%
<i>Alimentos que dan durante los primeros seis meses</i>				
Compotas	4	12,1	10	33,3
Jugos	2	6,1	7	23,3
Sopas	6	18,2	7	23,3
Combinación de alimentos	17	51,5	6	20,0
No combina alimento	4	12,1	3	10,0
<i>Leche materna con biberón</i>				
Sí	7	21,2	16	53,3
No	26	78,8	17	56,7

Fuente: Elaboración propia.

La presentación de los resultados en cuanto a las actitudes de las adolescentes objeto de estudio, relacionadas con la alimentación de los niños, se basa en las cifras que se muestran en la tabla 4. La leche materna no suele ser combinada con otro alimento por la mayoría de las lactantes (45,5%), mientras que la mayoría de embarazadas lo haría con leche en polvo (40%) o con otro producto (40%). Estos hallazgos guardan relación con los resultados que obtuvo Quesada et al. (37) en su estudio para México; el tipo de alimentación que un grupo de madres lactantes proporciona a sus hijos se distribuye así: lactancia exclusiva 53%, mixta 30% y artificial en 17%.

Ahora bien, con relación al alimento que proporcionan durante los primeros seis meses de edad del niño, las lactantes se inclinan por combinar alimentos (51,5%) y por las sopas (18,2%), mientras que la actitud de las embarazadas se inclina por las compotas (33,3%), por los jugos y las sopas (23,3% cada uno).

Como última aproximación a la determinación de las actitudes de las adolescentes, se interrogó sobre la actitud a proporcionar leche materna en biberón. Se pudo determinar que la mayoría de las adolescentes en ambos grupos prefiere hacerlo sin biberón: las lactantes en 78,8% y las

embarazadas en 56,7%; nótese que en este último grupo cerca de la mitad de las madres prefieren hacerlo con biberón.

Gamboa et al, determinaron actitudes semejantes a este estudio, destacando que el 27% de sus participantes consideraba que la edad ideal de inicio de la alimentación complementaria es a los seis meses o más. Un 89,6% afirmaba que debe iniciarse con los jugos e igual proporción para las compotas, el 81,3% cree que deben ser los caldos, el 80,2% las sopas, el 77,1% las cremas de verduras, el 63,5% los purés, el 57,3% los cereales, el 56,3% el huevo y el 44,8% las carnes. (8)

Gatica y Méndez (37) afirman el concepto de la introducción de alimentos complementarios a los seis meses, siguiendo las recomendaciones de salud pública; sin embargo, destacan que existe una frecuencia de incorporación de alimentos antes del sexto mes. En su estudio el 23% lo hizo antes del sexto mes. Los alimentos de origen animal son componentes esenciales de la alimentación complementaria y claves para el aporte de hierro (Fe) y zinc (Zn). Es importante promocionar las prácticas de alimentación para evitar el amplio intervalo en la edad de incorporación de carnes y huevo, para evitar la incorporación temprana antes del sexto mes así como la tardía, considerando que en la población menor de dos años existe alta prevalencia de baja talla y anemia; sin embargo es recomendable preguntarse si el amplio intervalo de edad en la incorporación de huevo y carnes se debería a aspectos culturales, limitaciones económicas familiares, creencias de los cuidadores o la falta de promoción por parte del personal salud. (37)

Prácticas de madres adolescentes sobre la lactancia materna

Tabla 5. Prácticas frente a la alimentación de los niños de las adolescentes embarazadas y lactantes.

PRÁCTICAS	LACTANTES		EMBARAZADAS	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Observaciones	33	100,0	30	100,0
<i>Forma de extraer la leche</i>				
Masaje circular en sentido de manecillas del reloj con dedos índice y pulgar	15	45,5	13	43,3
Masaje circular en sentido contrario a las manecillas del reloj- dedos índice y pulgar	3	9,1	2	6,7
Observaciones	33	100,0	30	100,0
Se colocan los dedos en forma de pinza	11	33,3	2	6,7
No sabe cómo extraer	4	12,1	13	43,3
<i>Tiempo para amamantar al bebe</i>				
10 minutos en cada seno	12	36,4	5	16,7
30 minutos en un solo seno	1	3,0	0	0,0
25 a 45 minutos en cada seno	7	21,2	10	33,3
No tiene en cuenta el tiempo	13	39,4	15	50,0
<i>Cada cuanto se da alimentación al bebe</i>				
Cada vez que sienta hambre	15	45,5	12	40,0
Cada 2 horas	12	36,4	5	16,7
Cada 30 minutos	0	0,0	0	0,0
No sabe	6	18,2	13	43,3
<i>Posición de la madre durante la lactancia</i>				
Sentada	17	51,5	17	56,7
Decúbito lateral	1	3,0	5	16,7

PRÁCTICAS	LACTANTES		EMBARAZADAS	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Acostada	6	18,2	3	10,0
De pie	9	27,3	5	16,7
<i>Limpiar el seno antes de lactar</i>				
Sí	14	42,4	27	90,0
No	19	57,6	3	10,0
<i>Limpiar la boca del bebe</i>				
Sí	21	63,6	28	93,3
No	12	36,4	2	6,7
<i>Ha sentido molestia en la espalda durante la lactancia</i>				
Sí	24	72,7	0	-
No	9	27,3	0	-

Fuente: Elaboración Propia .

En la tabla 5 se observan las prácticas de las madres y gestantes con respecto a la lactancia materna; con relación a la alimentación de sus hijos, se encontró, que un 12,1% y el 43,3% de lactantes y embarazadas respectivamente no saben cómo extraer la leche. De igual forma una proporción relativamente alta de embarazadas manifestó no saber la manera de extraerla. la segunda respuesta más frecuente en las lactantes fue colocar los dedos en forma de pinza (33,3%).

Por otra parte, la forma más frecuente para extraer la leche en las lactantes y en las embarazadas correspondió a darse masajes circulares en sentido de manecillas del reloj con los dedos índice y pulgar, en 45,5% en las lactantes y 43,3%, en las embarazadas. De igual forma una proporción relativamente alta de embarazadas manifestaron no saber la manera de extraer la leche (43,3%). La segunda respuesta más frecuente en las lactantes fue colocar los dedos en forma de pinza (33,3%).

Sobre el tiempo para amamantar al bebé se pudo establecer que tanto lactantes como embarazadas indicaron no tener en cuenta el tiempo

para esta labor (39,4% y 50%, respectivamente). En segundo lugar, las adolescentes lactantes consideran que se debe amamantar diez minutos en cada seno (36,4%), y las embarazadas, de 25 a 45 minutos (33,3%).

Algunos de estos resultados son semejantes a los obtenidos por Ulunque et al. donde el 60% de las madres estudiadas no tiene en cuenta y no conoce un horario para dar de lactar. Un 45% de madres dan de lactar con un solo pezón, lo que concluye el desconocimiento en cuanto al tiempo de alimentación al bebe y favorece el uso temprano del biberón, demostrado en un 32,5% de las madres estudiadas. (27)

A pesar de que en la presente investigación no se registró ninguna adolescente que negara el amamantamiento a su hijo, cabe mencionar que en la literatura se han documentado algunas causas que se deberían considerar en este contexto. Puente et al, indican que las madres adolescente abandonan la lactancia materna por causas que dependen i) *del niño* (peso menor de 1500 g al nacer; prematuridad; inadecuada ganancia de peso del prematuro; enfermedades agudas en el niño; rechazo; insatisfacción con la leche materna (por ej, “el niño no se llena”); ii) *de la madre* (insuficiente secreción láctea; reinicio de las actividades escolares; estética; poco incremento del peso materno durante el embarazo; no le gusta lactar; anemia materna; iii) *otras* (influencia de la familia y allegados; desconocimiento real de las ventajas de la lactancia materna exclusiva tanto para el niño, la madre y la sociedad; empleo de otros alimentos diferentes a la leche para alimentar al niño; empleo de la lactancia mixta, entre otras). (31)

En el grupo de las lactantes, la posición más frecuente para amamantar es sentada (51,5%), de pie (27,3%) y acostada (18,2%); en las embarazadas las posiciones son sentada (56,7%), de cúbito lateral (16,7%) y de pie (16,7%).

Por último, las lactantes indican limpiar el seno antes de amamantar (42,4%), limpian la boca del bebé el 63,6% y la mayoría ha sentido molestia en la espalda durante la lactancia (72,7%). En el grupo de las embarazadas, las prácticas están más definidas en cuanto a la limpieza del seno (90%), y de la boca del bebé (93,3%).

Conclusiones

Por medio de la presente investigación se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la lactancia materna de madres adolescentes en una Fundación en Cartagena.

Se puede concluir que las madres embarazadas presentan en promedio una edad inferior (16 años) respecto a aquellas que son lactantes (17,2 años). Esta situación de embarazo a una temprana edad trae consecuencias como problemas de salud, deserción escolar, pérdida de futuras oportunidades económicas, dificultades emocionales, físicas y financieras, así como, entre otras cosas, desnutrición severa en el niño. Por otro lado, la mayoría de estas madres convive en unión libre, tienen formación secundaria y pertenecen a los estratos más bajos (1 y 2).

De acuerdo con los resultados, es posible afirmar que el conocimiento que posee la mayoría de las madres adolescentes sobre lactancia materna es regular, especialmente al tiempo exclusivo de lactancia materna, inicio de alimentación complementaria, así mismo en lo que se refiere al tiempo de conservación de la leche en refrigeración. En los dos grupos de madres se detectaron conocimientos errados, tales como que cerca de la mitad de ellas afirmaron que el tiempo exclusivo durante el cual se debe proporcionar leche materna es por debajo de los seis meses, además numerosas madres incorporarían alimentos complementarios antes de los seis meses, incluso, sobre la conservación de la leche numerosas madres contestaron tiempos de conservación distintos a “hasta 3 meses”.

Por otro lado, las actitudes y las prácticas detectadas en la mayoría de casos de la población objetivo sugieren cierto nivel de deficiencia, susceptible de mejorar con una mayor capacitación a estas madres, con el fin de que puedan garantizarles una mejor calidad de vida a sus hijos. Lo anterior se sustenta en los hallazgos que evidencian que numerosas madres, de ambos grupos, combinarían la leche materna con algún otro alimento, lo cual es un error; además el uso de biberones para proporcionar la leche materna en cerca de la mitad de las embarazadas y en una pequeña proporción en las lactantes, con posibles consecuencias en el atraso del desarrollo de los músculos masticatorios del niño y futuros problemas dentales.

Por último, sobre las prácticas se concluye que cerca de la mitad de las madres, tanto lactantes como embarazadas, son las que practican una adecuada técnica de masaje para la extracción de la leche, práctica que resulta importante a la hora de evitar problemas, como mastitis. Es de resaltar el hecho de que una cantidad importante de madres manifestaron no tener en cuenta el tiempo de amamantamiento de sus hijos, siendo este aspecto fundamental para garantizar satisfacción y correcta alimentación del infante, debido a que según las recomendaciones de AIEPI, solo hasta los 20 minutos después de la amamantada es donde realmente se encuentran todos los nutrientes de la leche materna que garantizaran una completa alimentación del niño, y resaltan la importancia de brindar leche de los dos senos.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es importante seguir la exploración y la documentación de los comportamientos y las prácticas relacionados con la lactancia materna desde el embarazo o incluso antes de este, debido a que estas buenas prácticas colaboran con el mantenimiento de la salud en la primera infancia. Por ello, se recomienda constituir requerimientos esenciales para el desarrollo adecuado y exitoso de intervenciones de tipo educativo y de promoción de la salud, tendientes a predisponer, enseñar o reforzar algunas de estas conductas. En este orden de ideas, el conocimiento de los elementos subyacentes a tales comportamientos posibilita el éxito o el fracaso de tales intervenciones.

Este estudio permitió realizar un diagnóstico de la situación de la práctica de la lactancia materna en esta población joven asistente a la Fundación, por lo que se convierte en el primer paso para reforzar los programas de promoción y prevención entre el binomio madre-hijo, entre ellos la lactancia materna temprana y exclusiva desde la etapa de gestación. Las causas de mortalidad infantil, al igual que las soluciones son muy bien conocidas, la estrategia AIEPI nos proporciona y recomienda claves sencillas, asequibles y con la capacidad de salvar las vidas de millones de niños; el desafío consiste en beneficiar con esas intervenciones en el marco de un proceso de educación continua de la salud materna, neonatal e infantil, llegando a las familias más vulnerables y con escaso acceso y oportunidad a servicios de la salud.

Del mismo modo, es importante que todo el equipo de salud esté preparado e involucrado en este tipo de intervenciones y que también logre la

participación de las familias y de la comunidad en todo el desarrollo de la problemática y solución de este tema. Es importante recalcar que todas estas intervenciones se convierten en herramientas fundamentales de la salud pública y eficaces en función de su costo, debido a que invertir en jóvenes y en la infancia garantiza la probabilidad de sobrevivencia y el buen desarrollo de la salud, lo que disminuye enfermedades y por ende los costos en salud, logrando poblaciones empoderadas en conocimientos, garantizando con esto un mejor futuro para la infancia y propiciando dinámicas en la población más equilibradas.

Referencias bibliográficas

1. UNICEF. Estado mundial de la infancia. Supervivencia infantil, EE.UU-UNICEF, 2008.
2. UNICEF. Realización de los derechos del niño en la primera infancia. Guía a la Observación General No. 7. La Haya: Fundación Bernard van Leer; 2007.
3. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington: OMS; 2010.
4. Hill Z, Kirkwood B, Edmond K. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño. Ginebra: OMS; 2005.
5. Organización Mundial de la Salud [internet]. Lactancia materna. [citado 10 Sept 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es>.
6. UNICEF [internet]. Progreso para la infancia: un balance sobre la nutrición No. 8. La Haya: UNICEF; 2007 [citado 10 Sept 2011]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publication/files/Progreso_para_la_infancia_-_No_4pdf.
7. Hernández A, Aguyabo M. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr. 2005; 63(4):340-56.
8. Profamilia [internet]. Lactancia materna exclusiva y predominante. [citado 10 Sept 2011]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=97&Itemid=109.

9. Gamboa E, López N, Prada G, Gallo K. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. *Rev. Chilena de Nutrición*. 2008; 35(1): 43-52.
10. Alcaldía de Cartagena de Indias [internet]. Formulación de política pública para la infancia y la adolescencia en el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias, 2009-2019. Documento de trabajo versión 2.11. [citado 10 Sept 2011]. Disponible en: <http://www.cartagena.gov.co/Concejo/Documentos/DocumentoInfancia.pdf> 2009-2019.
11. Londoño A, Mejía S. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2010; 9(19): 124-137.
12. Reyes M, Aristizabal G. *Neumología Pediátrica: Infección alérgica y enfermedad respiratoria en el niño*. Bogotá D. C.: Panamericana; 2006.
13. Quiroga S. *Nueva adolescencia: el goce orgánico al hallazgo de un objeto*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2004.
14. Cabello Arzola C, Lombardo Meza M. *Padres antes de tiempo*. Santiago: s.e.; 2010.
15. UNICEF. *La adolescencia una época de oportunidades*. Nueva York: UNICEF; 2011.
16. Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. *Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6-19 años*. Bogotá D. C.: CONPES Social; 2012.
17. Carrasco K, Corvalan V. *Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida, Cesfam Panguipulli (tesis doctoral)*. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2007.
18. Sáenz M, Camacho A. *Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en un jardín infantil de Bogotá*. *Rev. Salud Pública*. 2007; 9 (4): 587-594.
19. Maldonado J, Aguilar M, Rivera L. *Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Lactancia materna: Guía para profesionales*. Madrid: AEPED; 2004.

20. Naylor A, Wester R. Lactation management self-study modules. Blue Jay, California: Wellstart; 2009.
21. Cabrero L, Saldivar D, Cabrillo E. Obstetricia y medicina materno-fetal. Madrid: Medical Panamericana; 2007.
22. Organización Mundial de la Salud. Consejería en lactancia materna: Curso de capacitación. Washington: OMS; 1998.
23. Asociación Española de Pediatría [internet]. Recomendaciones sobre lactancia materna [citado 11 Oct 2011]. Disponible en: www.aeped.es/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comité-lactancia-materna.
24. Asociación Española de Pediatría. Manual de lactancia materna de la teoría a la práctica. Madrid: Panamericana; 2008.
25. Lipa J. Factores maternos y laborales que intervienen en la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro Materno Infantil Tablada de Lurín (tesis pregrado). Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2009.
26. Ulunque A, Uria E, Vario J, Vargas A, Santander A. Conocimientos sobre lactancia materna en madres de los centros de la salud Pacata y Jaihuayco 2008-2009. Rev. Cient. Cienc. Medic. 2010; 13(2): 73-6.
27. Cava N, Lutter C. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: Reseña de la evidencia. Buenos Aires: Fundación LAC-MAT; 2002.
28. Gobierno de la Rioja [internet]. La lactancia materna: información para amamantar. La Rioja: Consejería de Salud; 2007[citado 10 Oct 2011]. Disponible en: <http://www.riojasalud.es/ficheros/lactancia-castellano.pdf>.
29. Organización Mundial de la Salud. Razones médicas aceptables para el uso sustitutivo de leche materna. Washington: OMS; 2009.
30. Gamarra R, Porroa J, Quintana M. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. Rev. Fac. Med. 2010; 71(3): 179-83.
31. OPS, American Red Cross, UNF. Guía para el diagnóstico local participativo: Componente comunitario de la estrategia AIEPI. Washington: OPS; 2005.

32. Cabrera G, Mateus J, Carvajal B. Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2003; 21(1): 27-41.
33. Gamarra R., Porroa J., Quintana M. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. *Rev. Fac. Med.* 2010; 71(3): 179-83.
34. Profamilia [internet]. Capítulo 5. Fecundidad. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. [citado 2 Dic 2012]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-5.pdf>.
35. Gamarra-Atero, R., Porroa-Jacobo, M., & Quintana-Salinas, M. (2010). Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 71, No. 3, pp. 179-184). UNMSM. Facultad de Medicina.
36. Durán P, Mangialavori G, Biglieri A, Kogan L & Abeyá Gilardon E. (2009). Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). *Archivos argentinos de pediatría*, 107(5), 397-404.
37. Gatica C, Méndez M. Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. *Rev. Argent. Pediatric*. 2009; 107(6): 496-503.
38. Puente M, Alvear N, Reyes A, Ricardo T. ¿Por qué las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva? *Rev Cubana Aliment Nutr.* 2010; 20(2): 280-286.
39. Quesada C, Delgado A, Arroyo L, Díaz M. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2008; 65: 19-25.

02

**ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA**

Comprendiendo la alimentación complementaria: del conocimiento a la práctica, rol de las madres jóvenes

Understanding complementary feeding: from knowledge to practice, role of young mothers

Mariana Larrahondo Gómez

Universidad Santiago de Cali

✉ mariana.larrahondo01@usc.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0001-9611-005X>

Pilar Andrea Guzmán Sánchez

Universidad Santiago de Cali

✉ pilar.guzman00@usc.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0003-1390-0350>

Bernarda Leones Araque

Universidad San Buenaventura de Cartagena

✉ bernarda.leones@usbctg.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0002-5864-0380>

Cynthia Lineth Ramirez Cartagena

Universidad Santiago de Cali

✉ cynthia.ramirez00@usc.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0001-6256-8740>

Regina Domínguez Anaya

Universidad San Buenaventura de Cartagena

✉ rdominguez@usbctg.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0001-8752-0479>

Resumen. Durante los primeros años de vida, es fundamental considerar en los niños una alimentación que favorezca la autonomía, el sentido del gusto, el desarrollo de los músculos faciales y de la masticación, que, finalmente posibilita progreso cognitivo. El punto principal de esta revisión fue determinar los conocimientos y prácticas que tienen los cuidadores de niños de 6 a 36 meses sobre alimentación complementaria.

Cita este capítulo / Cite this chapter:

Larrahondo Gómez M, Leones Araque B, Domínguez Anaya R, Guzmán Sánchez PA, Ramirez Cartagena CL. Comprendiendo la alimentación complementaria: del conocimiento a la práctica, rol de las madres jóvenes. En: Larrahondo Gómez M, Guzmán Sánchez PA, editoras científicas. De la lactancia materna a la alimentación complementaria: Investigaciones, experiencias e intervenciones en profesionales de salud. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2022. p. 147-187.

Este estudio fue de naturaleza cuantitativa y se utilizó el listado de las adolescentes asistentes a la Fundación, a las cuales se les evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna a través de una encuesta diseñada con base en estudios previos realizados en países como: Bolivia, Cuba y Colombia, entre otros

El principal hallazgo del estudio indica que las madres en general tienen poco conocimiento en la extensión del concepto sobre la alimentación complementaria, además es difuso identificar de acuerdo a su contexto el número de veces al día que debe suministrar alimentos al infante. Sin embargo, es significativo considerar que los aspectos mejor conocidos por la madres se relacionan con el inicio de la alimentación complementaria posterior al desarrollo de la lactancia materna exclusiva. Finalmente resulta inquietante discurrir para esta población que la falta de conocimiento, hace que los padres de familia, en especial la madre, pueda presentar el riesgo de contraer algún tipo de desnutrición y/o anemia viéndose afectados en su evolución y progreso.

Palabras claves: alimentación, desarrollo, padres, prácticas y conocimientos.

Abstract. During the first years of life, it is essential to consider feeding in children that favors autonomy, the sense of taste, the development of facial muscles and chewing, and finally enables cognitive progress. The main point of this review was to determine the knowledge and practices that caregivers of children aged 6 to 36 months have on complementary feeding. This study was quantitative in nature and the list of adolescents attending the Foundation was used. The knowledge, attitudes and practices of breastfeeding were evaluated through a survey designed based on previous studies carried out in countries such as: Bolivia, Cuba, Colombia, among others.

The main finding of the study indicates that mothers in general have little knowledge in the extension of the concept of complementary feeding, in addition it is diffuse to identify according to their context the number of times a day that food should be supplied to the infant. However, it is significant to consider that the best known aspects are related to the

initiation of complementary feeding after the development of exclusive breastfeeding. Finally, it is disturbing to consider for this population that the lack of knowledge puts parents, especially the mother, at risk of contracting some type of malnutrition and / or anemia, being affected in their evolution and progress.

Keywords: food, development, parents, practices and knowledge.

Introducción

Alimentos complementarios en el infante.

La edad adecuada para iniciar la alimentación complementaria es a los seis meses de nacido y comprende su posible finalización a los dos años, periodo que por muchos es considerado como el mejor para el desarrollo infantil. A partir de esta etapa, empieza el aumento y cambio de los requisitos nutricionales, el crecimiento y la maduración fisiológica, entre otras cosas, que influyen de manera considerable en el desarrollo del niño (1).

De acuerdo con datos del Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la nutrición en el primer año de vida es fundamental para el desarrollo pleno del potencial humano(1). Una nutrición sana y equilibrada es vital para el estado de salud de los niños, y determinante para que el organismo tenga un funcionamiento correcto, buen crecimiento, excelente capacidad de aprendizaje, comunicarse, razonar, socializar y adecuarse a nuevos ámbitos y personas, un correcto desarrollo psicomotor y finalmente para la prevención de factores de riesgo que predominan en la aparición de ciertas enfermedades.(2)

La alimentación complementaria se convierte en un proceso complejo aportando nutrientes que completan los requerimientos necesarios para la alimentación del niño, y que la leche materna ya no puede suplir sola, aunque esta se recomienda dar hasta los dos años aproximadamente; en ese sentido, se ha demostrado que la debida implementación ayuda al crecimiento, evita problemas a futuro, mejora la capacidad de memoria, pensamiento y otras habilidades que son importantes en el desarrollo del infante (3).

Algunos autores como Cuadros Mendoza et. al, la definen como aquellos alimentos que complementan la leche materna, pero no la sustituyen, razón por la cual se establecen tres argumentos para ofrecerlos: desarrollo (los niños presentan interés por la comida de los adultos, probando sabores y texturas que se convierten en sensaciones y oportunidades de aprendizaje), nutrición (la leche materna deja de aportar los suficientes nutrientes) y cultura (en algunas culturas tienen diferentes formas de incorporar la alimentación complementaria satisfaciendo la alimentación complementaria, o puede ser que por el trabajo de la madre se adelante la incorporación de la alimentación complementaria). (4)

Conforme a lo anterior, la alimentación adecuada optimiza la capacidad de pensamiento y razonamiento, la memoria y la concentración entre otras habilidades cognitivas, además contribuye al proceso en el que las habilidades motrices, sensoriales y de interacción psicológica maduran influyendo unas en otras. (18) (19).

Sin embargo, la presencia de diagnósticos de lesión cerebral y otras circunstancias de naturaleza neurológica, pueden afectar el desarrollo óptimo de las habilidades anteriormente nombradas, además de agrupar problemas de alimentación, problemas sensoriales y en el peor de los casos de tono muscular (5). En estos casos, los niños suelen ser sumamente lentos en masticar y tragar, y en limitar alimentos por la temperatura, la textura y el sabor. De manera que, el complejo muscular que es empleado para los procesos alimenticios, pueda en algún momento necesitar de las habilidades básicas para el proceso motor oral. (6)

Un bebé primero une sus labios y utiliza sus cachetes para succionar leche del biberón o seno de su mamá y por tanto usará esos mismos músculos para producir los primeros sonidos: los bilabiales (p, b, m), algo que sucede en casi todos los idiomas. Para los seis meses los bebés empiezan a comer con cuchara, ya pueden mantener la mandíbula estable y disociar los movimientos de los labios, un paso tan importante en la alimentación, pero también para el desarrollo del habla, porque esa habilidad de estabilización mandibular y de separación de los labios que le permitirá desarrollar el balbuceo o juego vocálico, etapa sumamente significativa en el desarrollo del habla y del lenguaje (7).

A los dos años un niño debe morder, masticar y tragar todo tipo de textura, temperatura y sabor de alimentos con unas actividades orales coordinadas; puede utilizar su lengua en forma distinguida de la mandíbula y los labios para transportar los alimentos de un lado a otro y así crear el bolo alimenticio (5). Si posee poca fuerza en los músculos maseteros (para abrir y cerrar, triturar) le costará cerrar la boca en posición de reposo y por tanto permanecerá siempre con la boca abierta. Y si en reposo la boca está abierta la lengua seguirá en el suelo bucal e inclusive tomará una posición “cómoda” realizando de esta forma un incorrecto desarrollo de paladar y un posible trastorno en la deglución (8).

Para la Organización Mundial de Salud (OMS), la alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. La cifra estimada de muertes de niños debidas a la desnutrición es de 2,7 millones, lo cual representa el 45% de todas las muertes de niños (9).

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño (CND) (5), todos los lactantes y niños tienen derecho a una buena nutrición. Se calcula que, en 2016, a nivel mundial, 155 millones de niños menores de cinco años sufrían retraso del crecimiento y 52 millones presentaban un peso bajo para su talla. Son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; en muchos países, menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses cumple los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad. (10)

Se calcula que un 30% (186 millones) de la población mundial menor de cinco años tiene retraso del crecimiento y que un 18% (115 millones) tiene bajo peso para su estatura, en la mayoría de los casos por alimentación deficiente e infecciones repetidas; otros 43 millones tienen sobrepeso. Por lo tanto los indicadores de desnutrición en Perú, para los niños menores de 5 años de edad, de una muestra poblacional de 395 lactantes entre 6 y 8 meses, 17.3% tienen desnutrición crónica; 0.9%, desnutrición

aguda y 4.2%, desnutrición global; así mismo de una muestra de 447 niños entre 9 a 11 meses tienen 18%, 1%, 3.7% en desnutrición crónica, aguda y global, respectivamente. (11)

Cada año mueren casi 11 millones de niños antes de alcanzar su quinto cumpleaños, la mayoría de ellos durante el primer año de vida. La mayor parte de estas muertes (98% en el 2002) se produce en países en vías de desarrollo. La malnutrición subyace al 54% de todas las muertes infantiles. Proyecciones basadas en el análisis de *The Global Burden of Disease* “La carga mundial de la enfermedad” de 1996 indican que las enfermedades en el infante continuarán contribuyendo de manera importante a las muertes infantiles en el 2020, a menos que se hagan esfuerzos significativos para controlarlas (9).

Investigaciones realizadas a nivel internacional describen los conocimientos de las madres frente a la alimentación complementaria. Bagnas RK (12), en Perú en el año 2015 realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación que se encuentra entre las prácticas y conocimientos sobre la alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses. Tuvo como resultado que el 28.6% presenta un conocimiento bajo, el 54 % presenta conocimiento medio y el 17.5% tiene un conocimiento alto, en relación con las prácticas se obtuvo que el 74.6% tiene prácticas desfavorables, 25.4% tiene prácticas favorables. (12)

En Ecuador el año 2010, autores como Cadela L y Benavides D (13), en su estudio identificaron los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres con niños menores de un año. Se obtuvo como resultado que un 67% de las madres considera que el niño se debe poner en el pecho siempre que él quiera, el 20% piensa que se debe poner cada tres horas, el 11% considera que cuando el niño llora y el 2 % considera que debe ser cuando la madre tiene leche o calostro. (13)

En México en el año 2012, se realizó un estudio que tuvo como objetivo presentar las prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna. Obtuvo como resultados: en un 37.4% el deterioro de la lactancia materna se dio porque la madre no tenía leche, el 13.7% el deterioro se presentó por enfermedad de la madre y en el 11.4% el niño no quería

el pecho. A diferencia de las prácticas de lactancia, la alimentación complementaria, en un 94.8%, los niños reciben los alimentos, y tres cuartas partes son sometidos a algún tipo de dieta. (14)

Por otro lado, en la Universidad de Harvard y el Hospital General de Massachusetts (Estados Unidos) concluyeron que los niños mal alimentados son propensos a tener dificultad de aprendizaje y problemas de actitud, que se ven reflejados en agresividad, dificultad de comprensión y falta de interés. Las consecuencias de la inadecuada alimentación en la primera infancia pueden ser devastadores y perdurables. También, esta dificulta el desarrollo conductual y cognitivo e influye en el rendimiento escolar, debilitando así la futura productividad en el trabajo. La falta de nutrientes durante el crecimiento de los niños, disminuye su atención, capacidad de memoria y aprendizaje. (15)

En Colombia en algunos municipios caldenses en el año 2011, se realizó un estudio que identificó el conocimiento y las prácticas de cuidadores de menores de dos años sobre lactancia materna, con las mayores tasas de mortalidad materna y prevalencia de bajo peso al nacer. Obtuvo como resultado prevalencia de desnutrición crónica (13,5%) supera a la de Colombia (13,2%), a la de la subregión de Caldas, Quindío y Risaralda (11,4) y a la región central (10,7%). (16)

En Providencia se realizó un estudio que tiene por objetivo detallar los conocimientos, prácticas y actitudes de madres de Providencia sobre alimentación, salud y enfermedad, el cual comprende conocimientos, prácticas y actitudes en cuanto a la formación, percepciones y creencias concerniente a niñez y su variación según aspectos socioculturales y ambientales. Como resultado se obtuvo que el 7% de las madres no amamantó a sus hijos; fueron encaminadas por profesionales de la salud en el 63% , fue ofrecida porque protege de enfermedades en el 62.5% y da bienestar en el 33%; la alimentación complementaria fue iniciada en el 32% con frutas o cereales, siendo encaminadas por familiares en el 37.5%. Finalmente, el estudio concluyó que es preciso entender la salud y la enfermedad y como se crean las prácticas alimentarias en un contexto social específico y los cambios que se demuestran a través del tiempo. (17)

El Ministerio de Salud y Protección Social (Min Salud) afirma que en la alimentación de los niños se debe tener claro cuáles son los alimentos que deben consumir para evitar cualquier tipo de enfermedad y retardos en el crecimiento, aunque en algunas ocasiones para los cuidadores no siempre es fácil hacer que los niños consuman esos alimentos, porque no quieren comer o porque no les gusta. Además se encuentran los niños obesos, los cuales, por malos hábitos de alimentación, empiezan con problemas de sobrepeso a temprana edad. (18)

De acuerdo con lo anterior, se determina que, una vez la alimentación se considere adecuada en el niño, mejorará la capacidad de pensamiento y razonamiento, la memoria y la concentración, entre otras habilidades cognitivas. Son estos elementos, junto con las habilidades motrices, sensoriales y de interacción psicológica que maduran con el tiempo y contribuyen en la prevención de factores de riesgo que predominan en la aparición de ciertas enfermedades.

Sin embargo, una vez los niños revelan disgusto en sus hábitos alimenticios, bien sea por un escaso disfrute de los alimentos, dietas limitadas y variaciones en el consumo de las porciones, resulta importante analizar las condiciones asociadas al proceso alimenticio y la influencia de varios factores como la disponibilidad de los alimentos, la presencia de cuidadores interesados en alimentar al niño y satisfacer sus necesidades básicas, la capacidad del niño de integrar el alimento, procesarlo y beneficiarse de lo ingerido, factores de la relación entre el niño y sus padres, factores culturales y psicosociales que establecen lo que se ofrece al niño, la preparación, presentación, lapso de tiempo en la cual se sirve y lo que transcurre durante esas horas. (19)

Hay que señalar la necesidad de dar conocimiento a los padres, y mostrar con claridad el alcance de una apropiada alimentación para los niños que se niegan a comer alimentos que cumplan sus necesidades nutricionales. De este modo, los padres van cambiando las prácticas de alimentación, tratando de lograr que sus hijos consuman la cantidad de alimentos que ellos creen conveniente; a pesar de esto, no son conscientes de los efectos a corto y largo plazo de dichas prácticas en la conducta alimentaria de sus hijos. Los padres no tienen conocimientos de los cambios que se esperan durante las diferentes etapas del ciclo vital. (19)

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) a través de su política de derecho a la alimentación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos donde considera que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación”. Además del reconocimiento del derecho a una alimentación adecuada en la Declaración, consecutivamente, esto se encuentra en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a nivel nacional e internacional. Afortunadamente, la situación está cambiando y hay varios factores que contribuyen a una mejor comprensión de la interdependencia, indivisibilidad y generalidad de todos los derechos humanos. (20)

Por otro lado, el ámbito familiar ayuda a que el niño conozca e identifique el modo de alimentación y establezca algunas preferencias o rechazos de alimentos; la etapa para establecer los hábitos está condicionada por el modelo de aprendizaje alimenticio que encuentra de su entorno más cercano y en las personas que comparten la experiencia a diario. Sin duda alguna, la madre o cuidador primario, se convierte en el participante fundamental en la alimentación del niño, integrando pautas alimentarias que pueden desarrollar o no riesgos de padecer alguna conducta alimenticia inadecuada. (4)

Algunos actores como el Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) defiende los derechos alimenticios de la población infantil a través del código de la infancia y la adolescencia contemplado en la Ley 1098 del 2006, Título II, artículo 39, que habla sobre la obligación de la familia de proteger la igualdad de derechos, el afecto, la solidaridad y el respeto entre sus integrantes. Cualquier forma de violencia contra la familia debe ser sancionada. Algunos de los derechos contemplados proporcionan las condiciones necesarias para que los niños alcancen una nutrición y una salud adecuadas, que les permita un óptimo desarrollo físico, psicomotor, mental, intelectual, emocional, afectivo, y educarlos en la salud preventiva en la higiene (21).

Según la Política Nacional de Infancia y Adolescencia los niños y adolescentes deben tener acercamiento con la alimentación nutritiva en los distintos ámbitos de cotidianidad; un paso esencial para la seguridad de la alimentación es anticiparse con actividades de promoción de la salud

y educación que puedan lograr un estilo de vida saludable y seguir con su proceso de desarrollo. (22)

El control de crecimiento y desarrollo periódico y sistemático, está elaborado como un servicio amigable apropiado para etapa del ciclo vital para todas y todos los niños y niñas, desde la primera infancia hasta la adolescencia, ya que es importante en el momento de identificar los factores de riesgo nutricional y tomar las medidas del caso de manera pertinente; esto se encuentra soportado por la Ley 3021, Ley de promoción de la alimentación saludable en niños, niñas y adolescentes que incluye la promoción y protección efectiva del derecho a la salud pública, al crecimiento y desarrollo adecuado de las personas, a través de las acciones de educación, el fortalecimiento y fomento de la actividad física, con la implementación de kioscos y comedores saludables en las instituciones de educación básica regular. (22)

A través de la búsqueda de la información se muestra que se requieren políticas de seguridad alimentaria que los reconozca como sujetos de derechos y que es preciso asumir las responsabilidades para asegurar su atención integral y para mantener un adecuado cumplimiento de la alimentación en niños. En Cartagena el programa “De Cero a Siempre” incluye promover y garantizar el desarrollo infantil de las niñas y los niños en la primera infancia, por medio de un trabajo unificado e intersectorial, que desde la perspectiva de derechos y con un enfoque diferencial, articula y promueve el desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones para la atención integral que debe asegurarse a cada niña y niño, de acuerdo con su edad, contexto y condición. (23)

Finalmente la importancia de la educación en salud, en alimentación complementaria y en sus prácticas necesarias, se conjugan en la mejora continua de los conocimientos que mejoren el saber y el hacer, así como el desarrollo de conductas dirigidas a la conservación de la salud del individuo, familia y comunidad, para lograr estilos de vidas saludables, y no dejar de lado la acción comunitaria. De esta manera implementar esta educación establecer su propósito y hacia donde se quiere llegar con estas acciones, para lograr una participación activa de cada persona o grupo específico. (24)

Conceptos y realidades de la alimentación complementaria

Para abordar los conocimientos y práctica de los padres en la alimentación de los niños empezamos hablando de la alimentación y los tipos de alimentación.

Alimentación

Son todos los movimientos por los cuales facilitan la entrada de los alimentos al organismo. Los alimentos proporcionan nutrientes, que se necesitan para sostener una buena salud y evitar las enfermedades (25). La alimentación es una actividad esencial que tienen los seres vivos que se relaciona con la supervivencia. Los seres humanos necesitan el agua que es vital, una ingestión de alimentos variada y equilibrada, aunque no existe un alimento que contenga todos los nutrientes necesarios. La alimentación actual no es equilibrada, ni estructurada y suele juntarse con una vida sedentaria (25). Contreras, define la alimentación como el mejor medicamento para el cuerpo, por lo que la salud se mantiene gracias a este. El cuerpo se expone a algunas enfermedades cuando el equilibrio se modifica por insuficiencia o exceso de nutrientes (26).

Según Aranceta, para tener una buena elección de los alimentos influyen tres grupos de factores: factores biológicos que impiden la introducción de sustancias dañinas y emplean recursos alimenticios de forma eficiente; factores que afectan grupos sociales: son aquellos valores, tradiciones y simbolismos que influyen en hábitos alimenticios; factores individuales: en la elección de los alimentos influyen las actitudes, niveles socioeconómicos, el nivel de escolaridad, carácter psicológico, las aversiones y las preferencias.(27)

La alimentación en niños menores de seis meses debe ser únicamente de leche materna ya que es una etapa crítica en la que el organismo se encuentra en crecimiento y formación, en un futuro pueden tener repercusiones, efectos en el equilibrio y los errores pueden ser más graves.(28) Desde el punto de vista nutricional el lactante presenta características específicas: algunos órganos que intervienen en el proceso de alimenta-

ción se encuentran inmaduros, hay incremento en el metabolismo endógeno, crecimiento rápido y desarrollo físico y social

Según la OMS los tipos de alimentación son: lactancia materna, conocida como un acto natural y un método aprendido. Es el mejor alimento para darle al bebé, ya que aporta una variedad de vitaminas, satisface necesidades nutricionales, empieza desde el nacimiento hasta los dos meses; hasta el sexto mes debe ser exclusiva, en este periodo no es recomendado introducir otros alimentos, luego del sexto mes pasa a complementarse. En segundo lugar se identifica la lactancia materna exclusiva (LME), es el proceso de lactancia en el que se genera un vínculo entre el niño y la madre, igualmente previene problemas de salud para la madre. Empieza desde la primera hora de vida, en el cual no se deben introducir chupetes o biberones.

Luego y no menos importante está la lactancia predominante: que entra en juego después de los seis meses aportando otros líquidos distintos al lácteo, como el agua, zumo de frutas, jarabes o complementos vitamínicos, aportándole rehidratación oral. Posteriormente se identifica la lactancia parcial: en esta etapa los bebés no reciben los aportes nutricionales de la manera exclusiva de la lactancia, sino que estos se generan cuando ingiere otros alimentos. Por tanto se tienen tres tipos de lactancia parcial diferentes: la lactancia parcial alta que satisface un 80% de los nutrientes del bebé; luego está la lactancia parcial media que aporta entre 20% y el 80%; y la lactancia parcial baja que solo aporta el 20% de nutrientes y calorías que necesita el bebé.

Finalmente la OMS describe la lactancia mixta, como la etapa en la que el bebé se alimenta alternando la leche materna con otros alimentos; las madres deciden hacerlo por varios motivos como son: recomendación del pediatra, no toma bien el pecho, la mamá trabaja y el bebé se queda con un cuidador. La lactancia mixta se lleva a cabo con dos métodos: el alternado que consiste en dar primero la leche materna, luego la del biberón y así sucesivamente para que el padre se involucre con el niño en el momento que la madre no pueda darle pecho y el combinado que consiste en darle por unos minutos la leche materna y luego terminar la alimentación con biberón.

Con esta lactancia se generan varios problemas empezando por que el bebé no consigue adaptarse a la leche materna rechazándola por frustración o por la diferencia de succión acostumbrándose a succionar del biberón y este le guste más. Algunos consejos sobre esta lactancia son, en la lactancia de combinación dar primero la leche materna y luego el biberón, darle un biberón que sea lo más parecida al de la mama real y no dejar de pasar dos horas sin ofrecer el pecho, en la noche cuatro horas.

La leche materna a los seis meses deja de cubrir la cantidad de nutrientes necesarias para el bebé, por lo cual, el niño, requiere de alimentos que complementen en la dieta, y debe tener una alimentación complementaria. (30)

Ventajas de la lactancia materna en el Bebé

- Refuerza la apariencia afectiva, pues crea una experiencia afectiva entre madre e hijo.
- Es un alimento entero y emplea todos los nutrientes, sin producir ninguna enfermedad. Igualmente sacia la sed y la necesidad alimenticia.
- Ofrece protección del bebe, aportándole anticuerpos, que protegen el cuerpo contra enfermedades y reduce el riesgo de infecciones.
- Aporta la cantidad de agua necesaria para el lactante, tanto en clima cálido como frío.
- Protege de que en un futuro aparezcan enfermedades como la obesidad y, alergias, entre otras.
- Evita que el niño tenga una muerte súbita.
- Apoya el crecimiento y desarrollo físico.

La producción de leche materna empieza después del parto; se encuentran tres tipos: calostro que es un líquido espeso de color amarillento, que contiene propiedades de laxante, facilitando la expulsión del meconio del intestino del recién nacido, dura hasta el cuarto día, su principal ventaja es calmar la ansiedad del recién nacido, aportando una hidratación sin aumentar su peso. Posteriormente se ofrece al niño la leche de

transición que empieza a producirse desde el cuarto día y hasta quince días después del parto, aumentando el contenido de grasa y calorías y disminuyendo proteínas y sodio para llegar finalmente a la leche madura que contiene un 88% de agua y un 0.9 g/dl de proteínas.(29)

Alimentación Complementaria

Este proceso empieza entre los seis y veinticuatro meses, tiempo esencial para los niños en cuanto a la debilidad nutricional se refiere. En este acontecen retrasos en el crecimiento, enfermedades que aparecen en la niñez y deficiencia en nutrientes. Se empieza desde los seis meses con alimentos que aporten nutrientes, siguiendo con la lactancia materna y terminando con esta a los dos años. Los alimentos deben tener una buena calidad para la alimentación del niño, la cual se le irá complementando con la cantidad de alimentos necesaria dependiendo de la edad, se debe tener una frecuencia de tres veces por día.

Lo ideal durante la primera fase de introducción, es garantizar el conocimiento de múltiples factores que pueden o no facilitar el éxito y la aceptación transicional del alimento, en ese caso, la edad, las habilidades sociales y motoras ya adquiridas, la absorción de nutrientes y la dieta, junto con el medio socioeconómico, pueden asegurar en gran medida el desarrollo de la practica en casa. (32, 33)

Sin embargo los alimentos complementarios deben ser administrados en cantidades adecuadas para que el niño continúe creciendo. Durante el período de alimentación complementaria, el niño pequeño se acostumbra, gradualmente, a comer los alimentos de la familia, mientras la lactancia materna continúa siendo una fuente importante de nutrientes y factores de protección hasta que el niño tenga, al menos, dos años de edad. Para tener una alimentación balanceada se incluyen algunos elementos como los cereales, plátano, verduras, frutas, carnes y huevos, que aportan energía, evitan enfermedades, aportan hierro y energía necesaria para los músculos.

La alimentación complementaria pasa por unas etapas para introducir los alimentos:

- Comienza desde los seis meses. El sistema digestivo no se ha desarrollado en su totalidad y el estómago es pequeño, por lo cual en esta etapa la alimentación lleva un solo ingrediente de textura suave y blanda; los que se recomiendan son papaya, arroz y avena entre otros.
- A los 7 meses se adicionan a la alimentación nuevos sabores en los que se recomienda el pollo, frijoles, mango, espinaca, durazno entre otros.
- A los 9 meses empieza la estimulación de la habilidad para masticar y deglutir, por lo que los alimentos deben ser triturados, integrando alimentos paralelamente con la leche materna.
- A partir del primer año, ya el niño debe estar preparado para comer cualquier alimento que le aporte nutrientes y fortalezca las defensas naturales. (34)

¿Porque iniciar la alimentación complementaria a los seis meses?

Al cumplir los seis meses, los bebés deben aprender a comer papillas espesas, puré y comidas aplastadas. Estas comidas llenan mejor la brecha de energía que los líquidos. Por lo tanto, a esta edad resulta más fácil dar alimentos de diferentes consistencias de acuerdo al desarrollo motor y fisiológico del niño. Para esto, deberá incorporar mejor control sobre su lengua para desplazar el alimento de un extremo a otro y ser triturado posteriormente y presentar interés para alcanzar la comida; los movimientos de masticación se realizan en planos laterales y sagitales, y finalmente su perfeccionamiento motor se da con el control cefálico y el proceso de sedestación (35). También, a nivel fisiológico presenta aumento significativo de la función gástrica, metaboliza más fácil los líquidos y proteínas de origen animal, además de activar enzimas y optimizar el proceso para de absorción de grasas.

Sin embargo es necesario comprender que cuando empieza la alimentación complementaria antes del tiempo y hay un mínimo riesgo de alguna preexistencia que determine el inicio previo, existen algunos riesgos o peligros de apartar la lactancia materna en vez de complementarla, pues se apartan los beneficios que la lactancia le aporta al niño. Así mismo el cese de la leche materna que protege el cuerpo de infecciones y la conta-

minación de los productos de la alimentación complementaria favorecen las infecciones gastrointestinales.

En la niñez, el contexto de la alimentación está ampliamente reconocido como un factor crítico en el desarrollo de estilos de vida y hábitos de alimentación saludables. Existen teorías que refieren que los cinco primeros años de vida es el periodo más sensible para el desarrollo de los patrones de aceptación de alimentos, y que a los tres años, el niño ha desarrollado patrones de aversión a ciertos alimentos, especialmente a los vegetales. (36). Además de los riesgos anteriormente descritos, algunas consecuencias también son resultado de la mala alimentación o del inicio inadecuado de alimentos en el niño, en algunos casos las dietas no equilibradas comprenden un grupo de alimentos que a diario no aportan los nutrientes necesarios para la renovación de células y mantenimiento del cuerpo. (36) (37)

La obesidad posee inconvenientes como lesiones al momento de mover toda la cantidad de peso y los músculos y articulaciones se atrofian. Se hace mayor la posibilidad de padecer de algunas enfermedades cardiovasculares, problemas de respiración y alteraciones renales entre otras. La causa principal es la alimentación con más grasa de la que necesita el organismo para tener una buena funcionalidad; finalmente la falta de higiene alimentaria: el principal problema del manejo de los alimentos es que se infectan por microbios o gérmenes que se reproducen si se encuentran en lugares húmedos. (37)

Hábitos de la Alimentación

Estos hábitos se inician con la alimentación complementaria, y apoyan a mejorar el estado de salud (38). Algunas sugerencias son:

- En el momento de la alimentación el niño debe estar sentado en su silla
- El niño no debe entretenerse con juguetes u otras distracciones
- No gritar al niño, ni forzarlo a comer
- Darle frecuentemente los alimentos nuevos para que los empiece a aceptar

- Enseñarle a beber agua y no bebidas azucaradas
- El niño debe comer con sus padres o cuidadores para que aprenda de ellos la manera correcta de comer
- En la manera en que el niño empiece a desarrollarse dejarlo que coma solo
- Dar la comida en los horarios regulares, respetando el tiempo entre las diferentes comidas.

Desarrollo Oromotor

Como es bien sabido, el sistema oromotor (SOM) vigila o regula funciones tan importantes para el niño como son la articulación del lenguaje, comunicación no verbal mediante gestos faciales y el comportamiento de las estructuras anatómicas, así como los centros del control localizados a lo largo del tronco del encéfalo. De manera que, estas funciones se encuentran bajo el control de redes neuronales corticales y subcorticales, ya que los núcleos y nervios craneales forman parte de circuitos neuronales sensitivo-motores que son complicados, integrándose entre la información sensorial recibida y la respuesta motora voluntaria o involuntaria derivada de estos estímulos en los niños (39).

Las funciones que permiten regular el ritmo y los reflejos más complicados en el tronco del encéfalo, contienen generadores centrales de patrones sincronizando la contracción de los músculos involucrados en la respiración, fonación, masticación y deglución (40). La cavidad oral y la lengua están concedidas por la densidad y número de modalidades sensoriales en el niño, puesto que la información somato-sensorial originada en esta parte del cuerpo admite distinguir el tamaño, textura y sabor de los alimentos (41).

De igual forma, el niño instala una capacidad de diferencia sensorial entre dos puntos insuperable, tanto en las funciones de deglución como en las funciones de la lengua para producir los sonidos que forman los fonemas, ya que las zonas periodontales poseen receptores que avisan de la dureza elementos que se introducen en la cavidad oral y la interacción de los alimentos con los dientes que hace presión ejercida y la dirección de los movimientos mandibulares. Por tanto, la cavidad oral está

cubierta de receptores térmicos y nociceptivos, los cuales son recogidos por varios nervios craneales; la rama maxilar del trigémino transporta los efectos sensoriales de la parte superior de la boca, mientras que su rama mandibular la de los dos tercios anteriores de la lengua y región periodontal, puesto que el nervio facial acumula información del paladar blando y el nervio glosofaríngeo absorbe información sensorial del último tercio de la lengua y las zonas naso y orofaríngeas (42)

Prácticas de Padres

Son los métodos que eligen los padres y cuidadores para relacionarse con los niños en el momento de la alimentación; estas prácticas se relacionan con el estilo de crianza que usan los padres. Algunas prácticas que tienen los padres para el momento de la alimentación de los niños, en primer lugar, se conocen como exposición. Se necesitan más de diez exposiciones para hacer que los niños tengan un gusto por la comida, ya que al exponerlos a alimentos poco saludables, no aportan un valor importante, lo que suele ser difícil de cambiar en un futuro, sobre todo cuando el niño se encuentra en un ambiente accesible a los alimentos poco saludables (43). Los padres deben dar un ejemplo de lo adecuado y no adecuado para comer, igual que el gusto y hábitos alimenticios para los niños.

En segundo lugar, se relacionan las prácticas de alimentación coercitivas (presión para comer): los padres cumplen un papel importante en la aceptación o rechazo de los alimentos presionando a los niños a comer; se ayudan verbal y físicamente. La presión para que los niños coman han generado un aumento de consumo en la alimentación, así el deseo de los padres de que sus hijos coman lo suficiente conduce a la negatividad de algunos alimentos y problemas con la alimentación y aumento de peso.

Las restricciones, recompensas y el uso de alimentos para calmar o regular emociones aparece en el tercer lugar de aquellas prácticas; en general conllevan a la presencia de malos hábitos en la alimentación. Utilizar la comida como recompensa tiene efectos perjudiciales sobre la regulación del apetito, ya que un alimento como recompensa aumenta el valor afectivo para el niño, por lo que es más deseable y hay más probabilidad de ser comido en exceso cuando se encuentre disponible. Además usar los

alimentos para calmar las emociones genera problemas emocionales y desarrollo de déficit en las soluciones a problemas, que a su vez se relacionan con el sobrepeso.

En cuarto lugar, se ubican los estilos de crianza. Se han identificado dos dimensiones en los estilos de crianza; exigencia, que se refiere al control de las conductas en los niños y la capacidad de respuesta que se refiere a la calidez y apoyo para el niño.

Finalmente se conoce que los padres anotan altas y bajas para cada una de las dimensiones, lo cual resulta de los estilos de crianza que se clasifican en cuatro estilos: autoritario (alta exigencia y capacidad en la respuesta), autoridad racional (alta exigencia y baja capacidad en la respuesta), permisivo (baja exigencia y alta capacidad en la respuesta), no comprometido (baja exigencia y baja capacidad en la respuesta). (43) (44)

Autores como Serra L (45), han definido las prácticas como la realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas, como la aplicación de una teoría, que traduce la capacidad de hacer habitual una tarea, aprendizaje o profesión. En algunos casos, el llamado a la actitud puede garantizar la permanencia continua de esa cosa o ejercicio. Mientras que el conocimiento parte de los sentidos y termina en la lógica y capacidad de razón, la práctica tiene un vínculo cercano con las actividades que surgen por el conocimiento o el aprendizaje escalonado y procesado. Por lo tanto una práctica en el proceso alimenticio no solo depende de qué alimentos se le ofrecen al niño en sus comidas, sino también es importante la manera de cómo cuando, donde y quien le da comer al niño.

Conocimientos

El conocimiento para Mario Bunge, es un conjunto de ideas, conceptos y enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos y ordenados. En el sentido más amplio del término; se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo (46). Su origen históricamente ha estado permeado por corrientes y teorías, la psicogénica por ejemplo lo aborda como el desarrollo cognitivo y la forma en que los sujetos construyen aprendi-

zaje, sin embargo el enfoque conductual, manifiesta a priori una estrecha relación entre las prácticas, actitudes y conocimiento, y finalmente la teoría que procesa la información, enfatiza su quehacer en la forma como el ser humano responde a las analogías y metáforas, su capacidad de respuesta facilita aprendizaje centrado en problemas. Por lo tanto, todas las teorías, puestas sobre la marcha, involucran aspectos cognitivos, actitudinales y praxiológicos en el aprendizaje humano.

Un incremento en el nivel de conocimientos genera cambios actitudinales, los cuales pueden guiar a cambios en las conductas de las personas en la búsqueda de estilos de vida saludables. En ese aspecto la Atención Primaria en Salud (APS), es vista como un instrumento de educación que permite controlar y manejar las poblaciones con algún estado de vulnerabilidad en los territorios. La educación implica el manejo de múltiples diagnósticos, tratamientos, necesidades y ambientes para incorporar prácticas de vida saludables sobre todo, si se tienen articulados las condiciones y recursos personales, sociales y físicos. En conclusión se debe brindar una buena educación a la madre en el periodo de ablactación ya que una falta de conocimiento sobre el tema de alimentación complementaria puede generar algunas consecuencias posteriores que afecten al niño, como es la malnutrición. (47)

Educación para la Salud

La información, mediante el tiempo, se ha transformado en un estado necesario para suministrar destrezas en las personas considerando que la requieren en cuanto a la adopción de diversas conductas saludables. En este sentido, la OMS (2006) expresa que la educación para la salud como modelo participativo es adaptada de las diversas necesidades que requiere la población bajo la responsabilidad, en su aprendizaje y en el saber hacer. (48) De manera que, la educación para la salud según el Comité de Expertos de la OMS (1983) aborda el fomento de la motivación, habilidades personales y autoestima, las cuales son necesarias para acoger las diversas medidas que son destinadas a mejorar la salud en la población. Además, incluye las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, así como los factores, riesgo y el uso del sistema de asistencia sanitaria. (49)

Atención Primaria en Salud

En cuanto a la atención primaria en salud, su medición se basa en la atención técnica, manejo de la relación interpersonal y el ambiente donde se lleva a cabo el proceso de atención. Por tanto, la calidad en salud permite obtener un conjunto actitudes asociadas en relación con la atención recibida, beneficiando a la entidad prestadora de los servicios de salud, previendo de servicios accesibles y equitativos para la satisfacción del usuario (51). Lo importante de esta materia es que la calidad posee características, con las cuales se pueden evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud:

- Eficacia: capacidad de atención del paciente bajo un ambiente óptimo y controlado, con el propósito de conseguir mejoras en la salud y el bienestar de las personas.
- Efectividad: relación entre el impacto real de un servicio y la mejora de salud alcanzada, produciendo resultados que repercuten en el estado de salud del paciente.
- Optimización: representación de la decisión necesaria de invertir para el logro y el grado óptimo de salud.
- Aceptabilidad: expectativas y valores de los pacientes hacia los familiares en cuanto a la información de su estado de salud, la atención, preferencias de la atención y preferencias del paciente sobre el costo de la atención.
- Legitimidad: elementos legítimos de la atención en salud del individuo y los elementos que no impliquen un bien común para la sociedad.
- Equidad: distribución justa de los servicios dentro de la comunidad y de acuerdo con las necesidades de la población.
- Pertinencia: se considera pertinente el servicio cuando los individuos obtienen beneficios por su estado de salud.
- Competencia profesional: capacidad en el desempeño de sus funciones por parte de los profesionales y los equipos de trabajo, implicando la capacidad de diseñar normas para ser aplicadas en todas las fases del proceso de atención.

- **Accesibilidad:** garantía y posibilidad que poseen los pacientes de utilizar los servicios de salud.
- **Continuidad:** ausencia de interrupción de la atención del servicio en salud y el mantenimiento de la atención médica.
- **Seguridad:** elementos estructurales basados en evidencias para minimizar los riesgos en cuanto a eventos adversos en el proceso de atención de salud.
- **Comodidades:** conforten la atención de salud en los aspectos físicos de la institución.
- **Calidad técnico-científica:** grado de aplicación de las herramientas tecnológicas médicas que dispone la institución.
- **Coordinación:** acoplamiento general de los elementos de la atención médica durante la atención en salud. (50)

Marco legal

Para la sustentación legal de esta investigación se traen varios aspectos normativos vigentes actualmente, primeramente, el código de la infancia y adolescencia (Ley 1098 de 2006) artículo 24. Nos habla de los derechos a la alimentación; todos los niños y adolescentes tienen derecho a una alimentación y otros medios para su desarrollo físico, psicológico, espiritual, moral, cultural y social, de acuerdo con las posibilidades económicas del alimentante (51).

Constitución Política de Colombia 1991

La Constitución Política de 1991, declara a Colombia como un Estado Social de Derecho, consagrando la vida como un derecho fundamental e inviolable; en desarrollos jurisprudencias subsecuentes se avanza hacia el derecho a una vida digna. Por cuanto, a la salud como derecho la Corte Constitucional le da protección tutelar, bajo el precepto de conexidad con el derecho a una vida digna, reconoce el carácter de fundamental del derecho a la salud de manera autónoma. Adicionalmente, la Carta Magna establece que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del

Estado, y en los términos de sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. De igual forma, se determinó que la Seguridad Social es un derecho irrenunciable como garantía para toda la población dentro del territorio nacional, puesto que el Estado concurre al igual que los particulares, en la cobertura de la Seguridad Social y la prestación de los servicios como forma de ampliación progresiva de los mandatos legales. (52)

Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) 109 de 2007

El CONPES con el fin de orientar las acciones de política en los ámbitos nacional y territorial, y en el marco de los derechos, de la atención integral y del Sistema de Protección Social; establece líneas estratégicas que permitirán, tanto a los responsables de la formulación como de la ejecución de las políticas, dirigirlas y priorizarlas, para el desarrollo integral de la primera infancia, al avalar el cuidado integral en la primera infancia como oportunidad ideal para promover el desarrollo humano de un país. La educación primero posee extensos efectos del desempeño escolar y académico y es determinante, tanto para el desarrollo humano como para el económico. Los niños y niñas que participan en los programas de educación inicial tienen mayores probabilidades de asistencia escolar, mejoran sus habilidades motoras y consiguen superiores resultados en las pruebas de desarrollo socio-emocional (53).

CONPES 103 de 2007

Ejes y determinantes de la política de seguridad alimentaria y nutricional. La definición adoptada en este documento CONPES Social va más allá del hecho de que toda la población tenga una alimentación adecuada; éste exalta el derecho de la misma, a no padecer hambre y a tener una alimentación adecuada y el deber que tiene la persona y la familia de procurarse una alimentación apropiada y la necesidad de contar con estrategias sociales para los riesgos (incluyendo el desarrollo de competencias). (54) Además define dos características importantes:

Acceso: es la posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible. Se refiere a los alimentos que puede obtener

o comprar una familia, una comunidad o un país. Sus determinantes básicos son el nivel de ingresos, la condición de vulnerabilidad, las condiciones socio-geográficas, la distribución de ingresos y activos (monetarios y no monetarios) y los precios de los alimentos (54).

Consumo: se refiere a los alimentos que comen las personas y está relacionado con la selección de los mismos, las creencias, las actitudes y las prácticas. Sus determinantes son: la cultura, los patrones y los hábitos alimentarios, la educación alimentaria y nutricional, la información comercial y nutricional, el nivel educativo, la publicidad, el tamaño y la composición de la familia (54).

Finalmente la presente investigación contempló el artículo 44 de la Constitución política de Colombia: en donde se expresan los derechos fundamentales de los niños como son: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos (52). Y los artículos 206 a 246 del Código de Familia la considera como la autoridad parental que desarrolla el conjunto de facultades y deberes, que la ley otorga e impone al padre y a la madre sobre sus hijos menores de edad o declarados incapaces, para que los protejan, eduquen, asistan y preparen para la vida.

Como objetivo general se planteó la importancia de determinar los conocimientos y prácticas que tienen los cuidadores de niños de 6 a 36 meses sobre alimentación complementaria en una Fundación en la ciudad de Cartagena

Marco metodológico

Se planteó un estudio descriptivo observacional transversal. Por otro lado, se pretendió mostrar la información obtenida tal y como se encuentra en la realidad en un espacio y un tiempo determinados. La po-

blación estuvo conformada por las madres de los 91 niños que asisten a la Fundación perteneciente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), ubicado en la ciudad de Cartagena. Esta institución contó con las condiciones dirigidas a promover y generar el desarrollo integral de los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad, brindando oportunidades de expresión y comunicación con pares, adultos y diversidad de experiencias que permitieron construir y comprender el mundo. No se realizó cálculo muestral porque se tomó toda la población objeto de estudios.

Se utilizó una encuesta llamada “Encuesta de alimentación” la cual consiste primeramente en tomar los datos generales de la madre como la edad, nivel de estudio, ocupación, número de hijos, y edad del hijo objeto del estudio. Se aplicó a la población de padres y/o cuidadores de niños de 6 a 36 meses. Como criterios de inclusión se consideran los cuidadores que de manera voluntaria accedieron a participar del estudio; finalmente no se consideraron los padres de niños con trastornos neurológicos y aquellas madres que presenten alguna limitación para comunicarse.

Principales hallazgos

Las características sociodemográficas de las 91 madres que participaron del estudio, se observan en la tabla 1. El 71% de las madres se encontraba entre los 18 y 19 años de edad, sus hijos se encontraban entre 6 a 15 meses en 28%, de 16 a 25 meses un 61% y de 25 a 36 meses el 10%. El 57% de los niños pertenece al género masculino. Un 97% de las madres estudió hasta el bachillerato y el 100% de las madres se encuentra desempleada lo que es un requisito fundamental para ser parte de la Fundación.

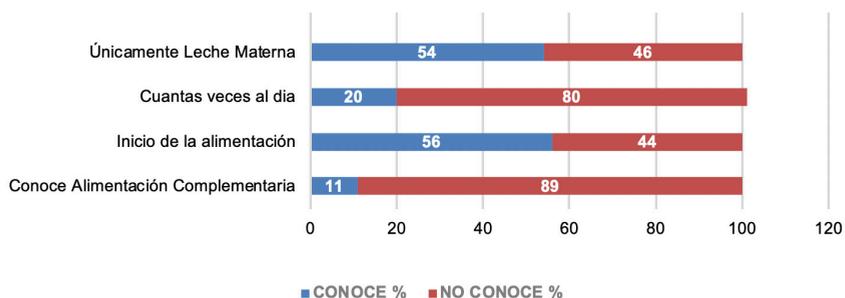
Tabla 1. Características sociodemográficas de la población estudiada.

VARIABLE N=91	Frecuencias(n)	Porcentaje (%)
Edad de la madre		
16 a 17 años	2	2
18 a 19 años	65	71
20 a 22 años	24	27

VARIABLE N=91	Frecuencias(n)	Porcentaje (%)
Edad del niño		
6 a 15 meses	26	29
16 a 25 meses	56	61
25 a 36 meses	9	10
Género		
Masculino	52	57
Femenino	39	43
Estado civil		
Casada	22	16
Libre	22	16
Separado	86	66
Grado de Escolaridad de la Madre		
Secundaria Incompleta	2	2
Secundaria Completa	89	98
Estrato		
I	82	
II	9	
Ocupación de la Madre		
Estudiante	91	100

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 1. Alimentación ¿Qué tanto conoce?.



Fuente: Elaboración propia.

Únicamente conoce la leche materna el 54%, mientras que el 46% desconoce la importancia de la alimentación. Con respecto a cuántas veces en el día se le da la alimentación complementaria se vió que el 20% sabe mientras que el 80% no sabe; en cuanto al inicio de la alimentación complementaria para las madres en el estudio se evidenció que el 56% la conoce y 44% la desconoce y finalmente la definición de la alimentación complementaria la conoce un 11% de la población, mientras el 89% la desconoce.

Tabla 2. Inicio de la alimentación complementaria.

VARIABLE N=91	Frecuencias(n)	Porcentaje (%)
Inicio de la alimentación complementaria		
Antes de los 5 meses	37	40
A los 6 meses	51	55
A los 7 u 8 meses	3	3
Desde los 9 en adelante	2	2

Fuente: Elaboración propia

Se obtuvo como resultado que el 39,8% de las madres iniciaba la alimentación complementaria a los cinco meses o antes, el 54,8% de las madres lo hacía a los seis meses, el 3,2% iniciaba a los siete u ocho meses y el 2,2% iniciaba a los 9 meses o más. Por lo cual el 56% de las madres realizaba el inicio de la alimentación complementaria a los seis meses y el 44% la iniciaba antes o después de los seis meses.

Tabla 3. Conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria.

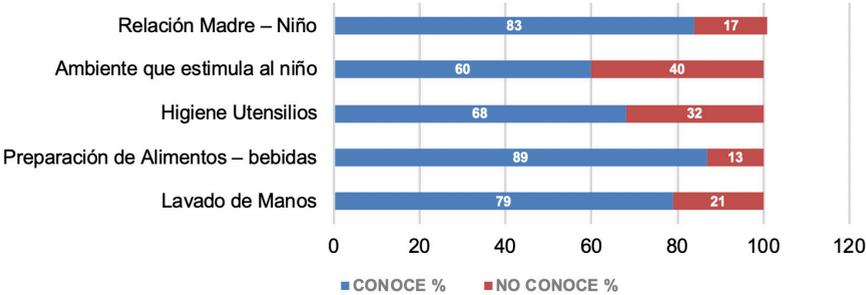
VARIABLE N=91	Frecuencias(n)	Porcentaje (%)
Conocimientos sobre la AC		
No conoce	81	89
Conoce	10	11

VARIABLE N=91	Frecuencias(n)	Porcentaje (%)
Prácticas que tienen las madres sobre AC		
No conoce	14	15
Conoce	77	85
TOTAL	91	100

Fuente: Elaboración propia

Del total de las madres el 89% no tiene conocimientos sobre la alimentación complementaria, sin embargo del total de las madres 84,6% afirma conocer sus propias prácticas, pero no establece un calificativo a las mismas.

Grafica 2. Pautas que tienen las madres sobre Alimentación Complemetaria.



Fuente: Elaboración propia. *AC: Alimentación complementaria

De acuerdo a las prácticas que tienen las madres, del total de éstas el 83% conoce la relación que se debe tener entre madre-niño, en cambio el 17% la desconoce, el 60% conoce sobre el ambiente que estimula al niño al momento de la alimentación por lo contrario el 40% lo desconoce, el 68% conoce sobre la higiene de los utensilios para la preparación de los alimentos y el 32% la desconoce, el 89% conoce sobre cómo debe ser la preparación de los alimentos- bebidas mientras que el 13% la desconoce y 79% conoce sobre el lavado de manos al momento de preparar los alimentos a pesar de que el 21% lo desconoce.

Discusión

La OMS indica que la alimentación complementaria inicia a los seis meses de vida y junto a la lactancia materna, favorece el aporte energético, proteico y demás nutrientes, esenciales para el crecimiento y desarrollo saludable. Por lo tanto, la alimentación adecuada, mejorará la capacidad de pensamiento y razonamiento, la memoria y la concentración entre otras habilidades cognitivas. El presente proyecto tuvo como objetivo determinar los conocimientos y prácticas que tienen los cuidadores de niños de 6 a 36 meses sobre alimentación complementaria en una Fundación en la ciudad de Cartagena.

De acuerdo a los resultados se encontró que el 61 % de los niños esta entre los 16 y los 25 meses; hallazgos similares se obtiene del estudio realizado por Jiménez Acosta M, Martín González I, Rodríguez Suárez, A. Silvera Téllez D y cols, en Cuba en el año 2018 el cual mostro que el 58,6 % de los niños que participaron del estudio sobre alimentación complementaria y lactancia materna tienen entre 1 y 2 años (53). Carmen Vásquez de Velasco en su postura teórica, expone que los problemas de alimentación en la población infantil se han incrementado, porque a lo largo del tiempo se han evidenciado algunos problemas como son malos hábitos alimenticios, inseguridad alimentaria (productos de insuficiente y desigual desarrollo que provocan baja productividad de alimentos), conocimientos, creencias y prácticas inadecuadas con respecto al consumo de los alimentos de la unidad familiar lo cual genera efectos negativos en la generación de capacidades y competencias individuales y colectivas.(54)

En cuanto a la edad del cuidador se encontró que el 5,5% tiene 21 años en comparación con un estudio realizado por María L. Saenz-Lozada y Ángela E. Camacho-Lindo en el que se encontró que el 46,2% tienen entre 25 y 35 años (55). Según la American Academy of Child Adolescent Psychiatry (AACAP) en el 2012 las adolescentes embarazadas corrían el riesgo de tener problemas a larga duración en aspectos importantes de la vida como el fracaso en la escuela, la pobreza, enfermedades físicas y mentales (56). Estas adolescentes pueden no tener asistencia médica lo cual las lleva a tener posibles complicaciones médicas; en algunos casos tienen reacciones emocionales y estados mentales que requieren que la remitan a un profesional de la salud.

Los resultados obtenidos evidencian que hay una prevalencia de madres como encargadas del proceso de alimentación complementaria, en comparación con un estudio realizado por Jiménez Acosta M, Martín González I, Rodríguez Suárez, A. Silvera Téllez D y cols, en el año 2018 en el que se obtuvo como resultado que el 52,3 % pertenecía al sexo masculino y el 47,7 % al femenino. Estos resultados resultan ser importantes para explicar el comportamiento de la familia durante la alimentación y los roles asumidos por cada uno de los miembros. Con lo anterior, autores como Rosmarlhy, confirman que el proceso de la alimentación no solo radica en cómo la madre alimenta al niño sino también la manera en que ambos padres participen del proceso; el padre no solo es importante por las influencias directas que ejerce sobre su hijo como figura masculina, de orden, autoridad entre otras, sino también a través de efectos indirectos sobre las interacciones tempranas del lactante. (57)

En cuanto a la ocupación del cuidador se encontró que las madres son estudiantes, en comparación con un estudio realizado por María L. Saenz-Lozada y Ángela E. Camacho-Lindo en Bogotá en el año 2005 en el cual el 46,2% de las madres estudia, el 37,7% trabaja, el 5,5% trabaja y estudia y el 6,0% tiene otra ocupación; el 31,7% de los padres estudia, el 49,2 trabaja, el 4,5% trabaja y estudia y el 2,5% tiene otra ocupación (59). La ocupación de la madre es una circunstancia que puede influir en la decisión alimentaria del niño; M. Salazar y colaboradores en el 2015, plantean que existe una asociación significativa entre la alimentación y la ocupación de la madre, ya que las que son amas de casa tienen más tiempo para estar pendientes de los alimentos que consumen sus niños a diferencia de las que estudian o trabajan debido a que deben salir de sus casas y tienen un control constante de lo que sus hijos ingieren. (59)

Teniendo en cuenta la escolaridad de la madre se encontró que el 97,8% de las madres es bachiller y el 2,2% no es bachiller y se encuentra terminando sus estudios escolares, en comparación con un estudio realizado por Tenorio Campos A. y Martínez Naranjo F., en el año 2015 en el que se encontró que en cuanto a la escolaridad de la madre un 37,75% tiene educación primaria completa, 43,12% tiene la educación primaria incompleta, 3,75% tiene educación secundaria completa, 15,62% tiene educación secundaria incompleta, 3,12% tiene educación universitaria completa y 0,62% tienen educación universitaria incompleta. Con todo esto Delgado

Becerra dice que la escolaridad se ha considerado como un factor que se relaciona con la alimentación, aunque a veces, no tiene relación directa; es decir, a mayor escolaridad mejor será la alimentación del niño ya que a mayor estudio mejor comprensión de mensajes educativos y conductas favorecedoras hacia la alimentación del niño. (60)

Con respecto al mes de inicio de alimentación complementaria en el niño, el 56% de las madres inició la alimentación complementaria a los seis meses y el otro 44% empezó antes o después de los seis meses; en comparación, un estudio realizado por Iñiguez León en Chile en el año 2011 se encontró que el 38% inició la alimentación complementaria a los seis meses y el 40% antes o después de los seis meses (13). Según Reviriego (2016), la introducción temprana puede ocasionar una serie de complicaciones en la salud del bebé como, por ejemplo, el aparato digestivo todavía es inmaduro, lo que conlleva a que, si se introduce la alimentación complementaria, el bebé no será capaz de digerir los alimentos como debe, causando problemas, el riesgo de atragantamiento es significativamente mayor antes de los seis meses. (61)

Con respecto a la inclusión de alimentos, según la edad, se encontró que el 18,7% le da alimentos triturados entre los siete y los ocho meses y el 81,3% le da papillas, alimentos picados o sólidos entre los 7 y 8 meses. El 29,7% de las madres le da de comer pescado a los niños a los nueve y meses y el 70,3% le da entre los seis y ocho meses o después de los doce meses. El 28,6% le empieza a dar la clara del huevo entre los nueve a diez meses y el 71,4% le da de seis a ocho meses o de once meses en adelante. En comparación con un estudio realizado por Norma Ochoa Meza en Perú en el año 2012 en que se encontró que el 96% de las madres brindó carbohidratos, proteínas, vitaminas, grasas y minerales, el 4% solo proteínas entre los seis y veinticuatro meses. El 80% de las madres si agrega aceite o mantequilla en la alimentación del niño desde los doce meses. Un 20% no agrega aceite ni mantequilla. El 80% brinda una consistencia picada, un 16% triturada o papilla, 4 % licuado entre los seis y veinticuatro meses. Se presume que partir de los seis meses el niño debe consumir proteínas, lácteos y vitaminas que se consideran importantes par el progreso y avance normal; esto ayuda la cicatrización de heridas y aumenta la inmunidad natural contra infecciones. Es necesario afirmar que el aporte de nutrientes conserva la integridad de las células epiteliales de la mu-

cosa de la boca, así mismo contribuye al crecimiento dental. Según Lopez B, incluir diariamente diversidad de alimentos saludables, permite tener una mejor concentración, previene el deterioro cognitivo y reduce los riesgos de adquirir enfermedades en la edad adulta. (63)

Teniendo en cuenta la higiene de alimentos, se encontró que el 86,8% de las madres utiliza agua hervida para hacer los jugos de los niños y el 13,2% no utiliza agua hervida. El 79,1% se lava las manos antes y después de cocinar y de alimentar al niño y el 20,9% a veces se le olvida; en comparación con un estudio realizado en Perú en el año 2016 donde se encontró que el 52% de las madres atendidas se lavan las manos antes y durante la preparación de la alimentación complementaria de su niño(a). Por otro lado, el 48% que ocasionalmente o nunca se lavó las manos. Según el MINSA (Ministerio de Salud), el lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidador, se debe realizar antes de la preparación de alimentos, antes de dar de comer a la niña o niño, después de usar el baño y después de limpiar a un niño o niña que ha defecado. Los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras para prevenir intoxicaciones alimentarias. (52)

En cuanto a la higiene de los utensilios se encontró que el 68,1% de las madres lava seca y guarda los utensilios de cocina mientras que el 31,9% los lava y los deja escurrir, los lava solo en la noche o solo los enjuaga; en comparación con un estudio realizado por Norma Ochoa Meza en Perú en el año 2016 donde se observa que 96% de las madres lava los utensilios de su niño(a) con agua, detergente. Por otro lado, el 4% lava con agua hervida para su alimentación complementaria.

Según Anna Lucia D´Emilio (2005), es necesario mantener la higiene de los utensilios ya que están expuestos a insectos y animales como moscas, roedores, gatos y otros que pueden contaminar estos materiales para preparar los alimentos y por eso es recomendable lavar los utensilios antes y después de su manipulación.

Con respecto a los conocimientos, encontramos que el 89% de las madres no tiene conocimientos acerca de la alimentación complementaria, en comparación con un estudio realizado por León Banegas R, en el año 2016 donde encontró que el 17,5% de las madres tiene conocimientos acerca de la alimentación complementaria. Por tanto es importante con-

siderar que el desconocimiento de la fase y momento en que se inicia la alimentación complementaria dependerá de los conocimientos obtenidos por la madre. La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna. (62)

A esta edad los niños adquieren funciones propias para lograr procesar y recibir otros alimentos; la no introducción de alimentos genera consecuencias en el crecimiento del menor, por esto se recomienda que las madres además de la alimentación complementaria continúen con la lactancia materna y que ofrezcan a sus hijos una alimentación que responda a sus necesidades.

En cuanto a las prácticas, se encontró que el 84% de las madres tiene prácticas favorables en comparación con un estudio realizado por León Banegas en Perú en el que 47 madres que representan el 74.6% presentan prácticas desfavorables, seguido por 16 madres que representan el 25.4% presentan prácticas favorables, encontrándose correlación directa y significativa entre las variables de estudio ($\text{sig}=.000$).

Las prácticas alimentarias desfavorables son comúnmente un determinante de la ingesta insuficiente más importante por la disponibilidad de alimentos en el hogar. Esto quiere decir que a pesar de que las madres están en un lugar donde las capacitan acerca del tema tienen muy pocos conocimientos a la hora de alimentar a sus niños. Las prácticas inadecuadas pueden traer consigo problemas de salud para el niño como una intoxicación, enfermedades estomacales, enfermedades causadas por bacterias y gérmenes, entre otras, es por eso que se debe tener muy en cuenta el estado de los alimentos, la forma en que se conservan, se limpian y entran en preparación para el consumo familiar.

En el resultado se obtuvo que las madres tenían buenas prácticas, porque seguían tradiciones familiares de cómo se preparaban los alimentos y qué debían darle al niño, no contaban con suficiente conocimiento por lo que eran menores de edad y algunas están en el proceso escolar. Esta investigación tuvo como limitante el cambio de escenario para el levantamiento de datos, por motivos de negación de este, lo cual nos llevó a realizar la investigación en otra institución.

Conclusiones

En cuanto a la edad de las madres, la que predomina es la de 19 años, con un 45.1%; la edad de los niños que predomina es la de 16 a 25 meses con un 61,5%; en la distribución de niños por género se encontró que la que predomina es el masculino con un 57,1%; el 100% de las madres tiene como ocupación estudiante; en cuanto a la escolaridad de la madre se obtuvo como resultado que el 97,8% es bachiller y con respecto a la distribución de madres por curso la que predomina es la de técnica en belleza con un 39,6%.

La mayoría de las madres tiene pocos conocimientos sobre la alimentación complementaria. Los conocimientos que mayor porcentaje desconocen las madres son: definición de la alimentación complementaria, inicio de la alimentación, cuantas veces al día se debe dar la alimentación, y dar solo leche materna hasta los nueve meses; mientras que sobre los aspectos que conocen se encuentran, el inicio de la alimentación complementaria, y la alimentación únicamente de leche materna hasta los seis meses.

La mayoría de las madres tiene prácticas adecuadas en la alimentación complementaria, la que tiene predominio es la preparación de los alimentos.

Recomendaciones

Concientizar a las madres llevando a cabo actividades de dialogo de saberes para minimizar las prácticas inadecuadas durante el proceso de alimentación, con ello se buscará garantizar condiciones idóneas para el crecimiento y desarrollo integral, incluyendo así la capacidad de aprendizaje, de comunicarse y razonar; igualmente existen los factores que distraen la atención del niño al momento de la alimentación, ya que el acto de comer debe ser consciente para poder disfrutarlo y que sea eficaz; si la madre no tiene higiene al momento de lavar los utensilios del niño, estos pueden contraer infecciones y no le permitirían tener un buen desarrollo. También se recomienda realizar la encuesta a los padres de los niños, ya que estos también están involucrados en el proceso, y realizar estudios comparativos con otros centros con el propósito de unir criterios. Compartir esa investigación con los tomadores de decisiones

a nivel distrital para garantizar un enfoque de intervención alimentaria dirigido a la familia en general.

Referencias bibliográficas

1. Fraile AG. Alimentación complementaria dirigida por el bebé. Estudio prospectivo sobre implicaciones antropométricas, nutricionales, neurológicas y sociodemográficas.” Tesis de Maestría. Universidad Miguel Hernández; 2017. 4 p
2. Santillán Mancero E. Sobre el desarrollo de mezclas de alimentos andinos aminoácidicamente completas de bajo costo para la alimentación infantil. Rev Cubana Aliment Nutr [revista en Internet]. 2018 [citado 1 May 2021], 28(2):[aprox. -23 p.]. Disponible en: <http://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/608>
3. Velasco, M. “Alimentación complementaria guiada por el bebé: respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje.” Universidad de Zaragoza. Posgrado de Medicina Naturalista (2014).
4. Cuadros Mendoza CA et al. Actualidades en alimentación complementaria. Acta pediatr. Méx, México, v. 38, n. 3, p. 182-201, jun. 2017. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912017000300182&lng=es&nrm=iso>. Accedido en 01 mayo 2021. <https://doi.org/10.18233/apm38no3pp182-2011390>.
5. Romero-Velarde, E. et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 2016, vol. 73, no 5, p. 338-356.
6. Jedrychowski W, Perera F, Jankowski J, Butscher M, Mroz E, Flak E, et al. Effect of exclusive breastfeeding on the development of children’s cognitive function in the Krakow prospective birth cohort study. Eur J Pediatr. 2012; 177:151-8 [Links]
7. Pedroza Sampallo RM, Gómez Ramírez K (ed.). Lactancia humana y fonoaudiología: Guía para madres lactantes. Universidad Nacional de Colombia, 2018.
8. Jiménez Ortega, AI, et al. “De lactante a niño: alimentación en diferentes etapas.” Nutrición Hospitalaria 34 (2017): 3-7.
9. Organización Mundial de Salud [homepage en internet]. Colombia: Organización Mundial de Salud; 2012 mayo;[actualizada 18 febrero 2018; citado 14 marzo 2018]. OMS. Disponible en: www.who.int/topics/infant_nutrition/es/

10. Organización Mundial de la Salud, UNICEF, IBFAN. Comercialización de sucedáneos de la leche materna. [citado el 14 de marzo del 2018] disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
11. Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre retraso del crecimiento [Global nutrition targets 2025: stunting policy brief]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (WHO/NMH/NHD/14.3). Licencia: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255735/WHO_NMH_NHD_14.3_spa.pdf?ua=1
12. León Banegas RK. “Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud de Revolución, Juliaca-2015.” (2016).
13. Cadena L, Benavides D. conocimientos, aptitudes y practicas sobre lactancia materna en madres con niños de cero a 1 año de edad. [Tesis]. Ecuador: universidad técnica del norte. Facultad ciencias de la salud; 2010. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/723/2/06%20ENF%20423%20ARTÍCULO%20CIENTÍFICO.pdf>
14. González de cosió T. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna. Salud publica México. Enero de 2013; vol. 55: s170-s179. <https://www.scielosp.org/article/spm/2013.v55suppl2/S170-S179/>
15. De Paz Navarrete, VG and Hernández Carranza IE. “La influencia de la alimentación en el aprendizaje.” (2017).
16. Benjumea MV, Falla NC, Jurado L. Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. Colombia. Hacia promoc. Salud. 2013; 18(2):66-78
17. Jimenez Urrego AM, Velasco Benítez CA, Ara LS. Conocimientos, Prácticas y Actitudes de Madres de Providencia, Colombia sobre la Alimentación Salud y Enfermedad. Revista Gastrohnutp Año 2012. 14; 3: 88-93.
18. Hernández Bello, AH. “Política sanitaria y cuidado de la salud en los hogares en Colombia: acumulación e inequidad de género. Doctorado Interfacultades en Salud Pública (2015).
19. Vásquez Idrogo, VL. “Actitud de las madres sobre alimentación saludable en pre-escolares Puesto de Salud El Verde Chota 2017.” (2018).
20. Organización de las Naciones Unidas para Alimentación y la Agricultura. Colombia.; [consultado 20 de marzo 2018].

21. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. Documento técnico Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años Primera edición Noviembre de 2015 https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/guias_alimentarias_para_poblacion_colombiana_mayor_de_2_anos_.pdf
22. Roldan I, López C. Politic Infancia y Adolescencia. Bogotá. Sigma editores Ltda; 2011.
23. Pion C. Nutrición en niños y niñas. Cartagena de indias; 10 de octubre 2017. [Actualizada Abril 2017; marzo 2018].
24. González A. código de la infancia y la adolescencia. 2. Colombia: oficina de comunicación y atención al ciudadano ICBF; 2013.
25. Rivas MG. Estudio de hábitos alimenticios en los estudiantes de la Universidad de las Américas, Puebla. Tesis profesional. Puebla: Universidad de las Américas, Puebla, Departamento de Administración de Hoteles y Restaurantes.
26. Jiménez Ortega, AI. Martínez García, RM; Velasco Rodríguez-B; Ruiz Herrero. J. De lactante a niño. Alimentación en diferentes etapas. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2017; 34 (4): 3-7. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309253480002>
27. Aranceta J. Nutrición Comunitaria (2ª edición). Barcelona: Masson, 2001.
28. Organización Panamericana de la Salud OPS. “La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud”. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C. 2010
29. Michael C. Latham Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Capítulo 7 Lactancia materna
30. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2018. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/.
31. Galiano MJ y Moreno-Villares JM. Nuevas tendencias en la introducción de la alimentación complementaria en lactantes. An Pediatr Contin. Madrid. España. 2011;9(1):41-7
32. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. JPGN. 2017; 64:119-132 [Links]

33. Michaelsen KF, Larnkjaer A, Lauritzen L, Molgaard C. Science base of complementary feeding practice in infancy. *Curr Opin Clin Nutrition Metabolic Care*. 2010; 13:277-83
34. Gil Hernández A, Uauy Dagach R, Dalmau Serra J y Comité de Nutrición de la AEP. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 65:481-95.
35. Anderson J, Malley K, Snell R. Is 6 months still the best for exclusive breastfeeding and introduction of solids? A literature review with consideration to the risk of the development of allergies. *Breastfeed Rev*, 17 (2009), pp. 23-31
36. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2017 [citado 2021 Mayo 01]; 88(1): 07-14. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>.
37. Forero TY, Acevedo RMJ, Hernández MJA, Morales SGE. La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes [Complementary feeding: A practice between two knowledges]. *Rev Chil Pediatr*. 2018 Oct; 89(5):612-620. Spanish. doi: 10.4067/S0370-41062018005000707. PMID: 30571804.
38. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth in developing countries. *BMC Public Health*. 2011 Apr 13;11 Suppl 3(Suppl 3): S25. doi: 10.1186/1471-2458-11-S3-S25. PMID: 21501443; PMCID: PMC3231899.
39. Schapira D, Roy E, Coritgiani M, Aspres N, Benitez A, Galindo A, Parisi N, Acosta L. Estudios prospectivos de Recién Nacidos Prematuros hasta los dos años. Evaluación de un método de medición de neurodesarrollo. *Revista Hospital Materno infantil Ramón sarda*. 1998. 17(2), 5-7.
40. Bravo García GM, Duque Restrepo KJ, Prado PA, Vásquez Correa D. Estrategias de Estimulación oromotora empleadas por las madres y/o cuidadores en bebés prematuros de la Unidad de Cuidados Intensivos neonatal de un hospital del suroccidente colombiano. Colombia. Universidad del Valle. Facultad de Salud. 2015.
- 41 Estévez F., Mazza E. Musicoterapia y estimulación temprana: Algunas aproximaciones: jornadas nacionales de musicoterapia prevención y asistencia en salud. 2003. pp. 5-6.

42. Roig-Quilis M, Rodríguez-Palmero A. Oromotor disorders in a paediatric neurology unit. Their classification and clinical course. *Rev Neurol.* 2008; 47, 509-516.
43. Castrillón IC, Giraldo Roldán OI. Prácticas de alimentación de los padres y conductas alimentarias en niños: ¿Existe información suficiente para el abordaje de los problemas de alimentación? *rev. psicol. univ. Antioquia* [Internet]. 25 de enero de 2015 [citado 15 de abril de 2021];6(1):57-4. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/21617>
44. Mitchell GL, Farrow C, Haycraft E. y Meyer C. (2013). Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite*, 60: 85–94.
45. Serra L. “Nutrición y Salud Pública”. 2da edición. Ed. Elsevier. España 2006.
46. Bungue M. El planteamiento científico. *Revista Cubana de Salud Pública* [citado 04 Mar 2022]; 43 (3). Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1001>
47. Meza C, “Manual de educación alimentaria para una comunidad”. Lima-Perú. 1974. Pág. 26
48. Rosas Prieto AM, Narciso Zarate V, Cuba Fuentes MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta méd. Peruana* [Internet]. 2013 Ene [citado 2021 Abril 2021] 30(1): 42-47. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008&lng=es
49. Organización Mundial de la Salud. LIVES, Boletín de la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, N°2 de enero de 2006. Disponible en: www.who.int/entity/pmnch/media/lives/Lives2span_web.pdf. 2006.
50. Comité Expertos OMS. Nuevos métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS, 1983. Ser Inf Téc 690.
51. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la APS, en: OPS/OMS: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington DC, 2007, página, 25.
52. Código de la Infancia y la Adolescencia. Bogotá: Congreso de la Republica; 2006. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm
53. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santa Fe de Bogotá. El Ministerio. 1993.

54. Nuñez-Martínez, BE, et al. "Asociación entre nivel de conocimiento y prácticas de cuidadores de niños de 2 a 5 años sobre la alimentación infantil." *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud* 18.1 (2020): 47-54.
55. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Carmen Vásquez de Velasco. Brazil, Peru. 2012 <http://www.fao.org/docrep/field/009/as231s/as231s.pdf>
56. Quenta Coaquira T. "Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional de lactantes de 6 a 12 meses de edad que acuden a Establecimientos de Salud del distrito de Paratia, noviembre-diciembre 2014." (2017).
57. AACAP. (04 de 07 de 2014). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Obtenido de https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families/Pages/Spanish/El_Suicidio_en_los_Adolescentes_10.aspx.
58. Escobar GR, Cabrera M, Trejo A. Prácticas y significados de la paternidad en relación a la alimentación infantil. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2018 Sep [citado 2021 Mayo 01]; 45(3): 243-251. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182018000400243&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182018000400243>.
59. Sáenz-Lozada, ML., Camacho-Lindo, ÁE., Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2007; 9 (4): 587-594. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219060011>
60. Rodríguez H, Restrepo LF, Deossa-Restrepo GC. Conocimientos y prácticas sobre alimentación, salud y ejercicio en universitarios de Medellín-Colombia. *Perspect Nutr Humana*. 2015;17: 36-54.
61. Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabrales LM, Díaz-García MA, Quezada-Salazar CA. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [Revista en la Internet]. 2006 Feb [citado 2021 Mayo 01];63(1): 31-39. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000100005&lng=es.
62. Gómez Chiriguaya, AY and Mosquera Cazco MF. Factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad en adolescentes. BS thesis. 2018.

63. Ochoa Meza N. Alimentación Complementaria y Estado Nutricional en Niños de 6 Meses a 2 años. Puesto de Salud Jorge Chávez, Puerto Maldonado [tesis para optar título profesional de Enfermería]. 2016.
64. López B, Martínez L, Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(1): 117-126.

Efectividad de los programas educativos sobre prácticas alimentarias: artículo de revisión

Effectiveness of educational programs on dietary practices: review article

Bernarda Leones Araque

Universidad San Buenaventura de Cartagena

✉ bernarda.leones@usbctg.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0002-5864-0380>

Yurika De Jesús Pájaro Bello

Universidad San Buenaventura de Cartagena

✉ yurikapajaro@gmail.com

🌐 <https://orcid.org/0000-0003-2533-1087>

Mariana Larrahondo Gómez

Universidad Santiago de Cali

✉ mariana.larrahondo01@usc.edu.co

🌐 <https://orcid.org/0000-0001-9611-005X>

Andrea Katerine Barrios Leones

Universidad San Buenaventura de Cartagena

✉ andreabarrios007@gmail.com

🌐 <https://orcid.org/0000-0003-0336-4320>

Tatiana Carolina Bossa Mendoza

Universidad San Buenaventura de Cartagena

✉ tatycaro98@hotmail.com

🌐 <https://orcid.org/0000-0002-4702-0581>

Resumen. Según la OMS los conocimientos que manejan las madres a cerca de la alimentación infantil, se fundamentan en la noción y experiencia, lograda y acumulada, que se alcanza durante el transcurso de la vida, a través de la recolección de datos e información, que influirá en la salud y prevención de las enfermedades en sus hijos. Este apartado, establece como objetivo analizar las investigaciones recientes sobre efectividad de los programas educativos sobre prácticas alimentarias. Para esto

Cita este capítulo / Cite this chapter:

Leones Araque B, Larrahondo Gómez M, Bossa Mendoza TC, Pájaro Bello YJ, Barrios Leones AK. Efectividad de los programas educativos sobre prácticas alimentarias: artículo de revisión. En: Larrahondo Gómez M, Guzmán Sánchez PA, editoras científicas. De la lactancia materna a la alimentación complementaria: Investigaciones, experiencias e intervenciones en profesionales de salud. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2022. p. 189-213.

se propuso un estudio cuantitativo de corte retrospectivo, que estableció la búsqueda de artículos relacionados con la efectividad de programas educativos sobre prácticas alimentarias; se indagó en las siguientes bases de datos Scopus, Scielo, Redalyc, Doaj, Ebsco, Dialnet, Springer, Oxford, Dspace, Scholar Google, Cambridge y el repositorio institucional de la Universidad de San Buenaventura. De acuerdo a las variables bibliográficas se obtuvo un total de 108 documentos, comprendidos en artículos académicos y tesis; al aplicar los criterios de inclusión se analizaron once artículos que de acuerdo a los hallazgos, identifican que las madres poseen prácticas inadecuadas de alimentación, incluyendo el proceso de lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria; estas prácticas evidencian una relación significativa con los niveles de conocimientos bajos en alimentación, y muestran la influencia de los aspectos sociodemográficos y de las creencias inculcadas por la cultura y el entorno en el que se desenvuelve la madre.

Palabras clave: programa educativo, prácticas alimentarias, lactancia materna, conocimientos en alimentación, alimentación complementaria (fuente DeCS).

Abstract. According to the WHO, the knowledge that mothers handle about infant feeding, is the notion and experience, achieved and accumulated, that is achieved during the course of life through the collection of data and information, which will influence health and preventing illness in your children. This section establishes the objective of analyzing recent research on the effectiveness of educational programs on eating practices. For this, a retrospective quantitative study was proposed, which established the search for articles related to the effectiveness of educational programs on eating practices, it was investigated in the following databases Scopus, Scielo, Redalyc, Doaj, Ebsco, Dialnet, Springer, Oxford, DSpace, Scholar Google, Cambridge, USB institutional repository. According to the bibliographic variables. A total of 108 documents were obtained, including academic articles and theses, when applying the inclusion criteria, 11 articles were analyzed that, according to the findings, identify that mothers have inadequate feeding practices, including the exclusive breastfeeding process and complementary feeding; These practices show a significant relationship with low levels

of knowledge in nutrition, and show the influence of sociodemographic aspects and the beliefs instilled by the culture and environment in which the mother operates

keywords: educational program, eating practices, breastfeeding, knowledge in feeding, complementary feeding.

Introducción

La alimentación infantil está constituida por la lactancia materna y la alimentación complementaria; la primera según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) está definida como el proceso, en donde la leche materna es el primer alimento que debe recibir el infante y el único durante los primeros seis meses de vida, que le proporcionará todos los nutrientes y energía necesarios; así mismo tiene gran relevancia en el desarrollo sensorial y cognitivo del niño y lo protege de enfermedades crónicas e infecciosas frecuentes. Además de los múltiples beneficios que trae a las madres.

La etapa posterior a los seis meses es denominada alimentación complementaria, en la cual se incorporan nuevos alimentos a la dieta alimenticia, acompañados de la leche materna, ya que esta por sí sola no cubre las demandas nutricionales de los infantes. Este periodo se considera crítico en el crecimiento y al presentarse carencias con respecto a la nutrición se generaría un mayor riesgo de desnutrición y de contraer enfermedades. Reyes et al (2013) (2) mencionan que la alimentación está ligada a la nutrición, y a las funciones motoras relacionadas con la succión, morderura y respiración, que se encuentran estrechamente relacionadas con el sistema estomatognático, los músculos que interviene en el habla, así como la estimulación del crecimiento mandibular en recién nacidos y las funciones oro motoras.

Siguiendo la misma línea Álvarez et al (2015) (3), consideran el sistema estomatognático como un recurso vital para los individuos, ya que las estructuras que hacen parte de este, contribuyen al ejercicio del sistema digestivo, respiratorio y fono articulatorio. Definieron que este es controlado por el sistema nervioso central, de la mano con acciones refle-

jas desencadenadas, y las estructuras que participan en éste actúan de forma conjunta y dinámica permitiendo: deglución, succión, respiración, masticación y fono articulación, proceso fundamental para una eficaz alimentación. Reyes et al (2013) (2) exponen que la deglución es el resultado de la actividad neuromuscular, la cual está constituida por el transporte del alimento desde la cavidad oral hasta el estómago, apoyado en el desencadenamiento de reflejos. En este mismo sentido Varillas M identifica en el recién nacido la etapa bucal, como aquella en la que el infante a través de la acción de la lengua, comprime el pezón contra su encía, generando un vacío que permite el traslado del alimento a la etapa faríngea, presentada de manera refleja, incluyendo la elevación del velo del paladar y la protección de las vías aéreas. (4)

Por otro lado, tenemos la succión considerada como un proceso que integra las habilidades sensoriales y motoras del infante, facilitando la proporción del alimento desde el seno materno hasta el estómago; esta se desencadena aproximadamente al quinto mes de gestación de manera refleja, y hacia los cuatro meses de nacimiento se considera voluntaria. Álvarez, et al concluyen que la completa maduración de ésta se evidencia cuando se alargan los tiempos de succión y deglución, donde las succiones son más extensas y contienen mayor cantidad de alimento (3). De la misma manera López, menciona que la masticación es un proceso motor que se genera por el aprendizaje, y que requiere de estimulación, así mismo, este se vuelve más efectivo y coordinado cuando se evidencia el desarrollo de la dentición. (5)

Para Fuenzalida la acción de masticar, comprende morder, triturar y fragmentar el alimento de tal manera que se forme el bolo que posteriormente será deglutido, además se evidencia el favorecimiento de ésta en el desarrollo adecuado de los huesos faciales y la oclusión dentaria. (6)

Como último proceso estructural y funcional para la alimentación está el de fono articulación; para Aguirre este proceso da como resultado la representación de los sonidos del habla, los cuales son producidos en las cuerdas vocales; gracias a las estructuras fono articuladoras de cavidad oral el sonido es modificado y articulado. Dicha ejecución está vinculada a la maduración del sistema estomatognático y las funciones orofaciales. (7)

Igualmente, Perandrés, et al mencionan que la presencia de los reflejos orales es fundamental para permitir y garantizar la alimentación de los infantes inmediatamente después del nacimiento. Estos pueden dividirse en: adaptativos y protectores. (8)

Los adaptativos permiten la adquisición de la alimentación y están constituidos por:

- **Reflejo de búsqueda:** actividad que se anticipa a la succión y asiste a la orientación y aprehensión del pezón o chupete.
- **Reflejo de succión:** resulta como respuesta al colocar el dedo o el pezón de la madre, y consiste en la succión alternada con etapas de descanso.
- **Reflejo de deglución:** es el acto deglutorio que implica la activación de grupos musculares de la boca, lengua, paladar y faringe, y depende de la coordinación de un patrón de movimientos. (9)

De la misma forma existen otros factores externos que denotan gran impacto en los adecuados procesos alimenticios de los infantes, uno de ellos consiste en las actitudes por parte de las madres o familia. Arias S et al. (10) postula que las creencias fundamentan las actitudes, estas pueden hacer referencia a objetos o situaciones; las actitudes predisponen a actuar teniendo en cuenta las experiencias, y necesitan de un estímulo socio cultural, constituido por los valores que orientan al comportamiento. Estas son adquiridas, y se presentan como el resultado de experiencias y del aprendizaje obtenido en determinados momentos, arrojando secuencias de respuesta. Son dinámicas, flexibles y vulnerables a los cambios. Son base del comportamiento, ya que determinan el actuar y la respuesta a estímulos provenientes del entorno. Son transferibles, ya que a partir de una se puede responder a muchos estímulos del ambiente.

Por otro lado, están las prácticas alimentarias, Acosta, expresa que la práctica es la manera coherente y compleja de la actividad humana colectivamente entablada por la sociedad. La mayoría de esas prácticas, sean personales, grupales u organizacionales, son correcciones rutinarias a problemas. Estas rutinas se vuelven automáticas que continúan así, hasta que hay otra manera de solucionarlo (11). Gamboa, menciona que la práctica es una manera de transformación de la existencia, de acer-

carse a ella y buscar solventar dificultades específicas, aun sin ratificar cual será la solución adecuada y real; pero sin lugar a dudas, la práctica no debe mirarse como un fenómeno aislado, se debe comprender su relación con la teoría. (12)

Alimentación e higiene: dos momentos importantes

Según la UNICEF la higiene tiene como objetivo prevenir las enfermedades, que se desencadenan por la presencia de agentes contaminantes, afectando el bienestar y los índices de salud. Esta se consolida durante la vida a través de la rutina, consolidando hábitos de higiene en la población (13). A su vez, Mata, et al expresan que la higiene personal, es definida como los conocimientos y prácticas ejercidas por los individuos con el fin de controlar agentes que pueden influir negativamente en la salud. (14)

Lizama, et al determinan que la limpieza de las personas contribuye a la prevención de enfermedades y patologías, y no contar con prácticas adecuadas de higiene puede generar diarrea, enfermedades de la piel y alergias. Los hábitos de limpieza están comprendidos en baño diario, lavado de manos, uso de vestuario y calzado limpio y diario (15). Por otra parte, está el agua y saneamiento, estos son importantes en las comunidades; se considera como un derecho fundamental de todas las personas, las cuales deben beneficiarse del suministro de agua limpia y potable. El saneamiento se considera como el suministro de instalaciones y servicios que permiten eliminar de manera segura la orina y las heces, evitando la transmisión de enfermedades.

Educar para cambiar, educar para transformar

Como último factor externo se encuentran las guías alimentarias; éstas según Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia buscan generar pautas sobre el consumo de alimentos, influyendo al completo bienestar nutricional. En Colombia se dispone de guías de alimentación desde el año 2000 y están dirigidas a menores de dos años y madres gestantes y lactantes. (16)

Por todo lo anterior es de gran importancia contar con educación para la salud; según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (17) alude que la educación para la salud puede considerarse como un aspecto implícito en la promoción en salud, teniendo como objetivo mejorar la accesibilidad que tiene la población a la información y a los servicios relacionados con su salud y bienestar. A la vez Gallego, et al manifiestan que la educación para la salud es un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza- aprendizaje que tiene el propósito de facilitar el acceso al descubrimiento, selección, y mantenimiento de prácticas saludables, promoviendo la motivación, el desarrollo de habilidades y la autoestima personal, que influyen en la toma de decisiones con el fin de mejorar la salud. (18)

En este sentido los programas educativos de alimentación, según López, G et al, son un conjunto de actividades educativas planificadas en el tiempo destinados a conseguir que ciertos grupos prefijados de la población adquieran comportamientos nutricionales saludables. (19)

Marco de antecedentes

Algunos estudios a nivel internacional y nacional han abordado la situación problema. En Perú, Michue, D et al. (20), realizaron un estudio, cuyo fin era determinar la efectividad de un programa en la mejora del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la alimentación saludable en los padres de niños de 4 y 5 años, obteniendo como resultado la efectividad del programa ya que logró mejorar los niveles de conocimientos de 60% regular a 90% en bueno; actitudes de 100% positivas y prácticas 70% que se encontraba entre bueno y regular, con respecto a la evaluación inicial que presentaba el 100% deficiente.

Igualmente, Merino, B. ejecutó un estudio que buscaba determinar la efectividad de un programa educativo en el conocimiento materno sobre alimentación saludable y estado nutricional de preescolares, obteniendo como resultado la efectividad del programa ya que logró aumentar el nivel de conocimiento de las madres llevando a que el 80% de la población obtuviera un nivel alto, y el estado nutricional de los preescolares aumentara en un 30% (21). Así mismo Alarcón, M. et al, realizaron

un estudio, cuyo objetivo era determinar la efectividad de un programa de educación nutricional en alimentación complementaria sobre los conocimientos y buenas prácticas en madres con niños de 6 a 36 meses de edad, arrojando como resultado que el programa tuvo efectos positivos, sin embargo persistían debilidades en cuanto a la prácticas sobre la edad de introducción de alimentos complementarios y el mantenimiento de la lactancia materna; y a pesar de que era un estudio que solo tenía en cuenta los conocimientos y prácticas, evidenció la importancia de las actitudes. (22)

Igualmente, en Cuba, Jiménez, S. publicó un estudio cuyo objetivo fue identificar las prácticas de alimentación complementaria, determinando la adecuación de la ingesta de energía y nutrientes en niños entre 6 y 23 meses de edad. Se identificó a través de este, que los niños, a pesar de tener una alimentación continuada, no reciben la cantidad necesaria de leche ni de otros alimentos, sin embargo, se considera una ingesta excesiva de energía por parte de otros alimentos que podrían afectar o predisponer a los niños a la obesidad. (23)

A nivel nacional, no se evidencian estudios que muestren la efectividad de un programa de alimentación, ni que evalúen o busquen determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en padres o cuidadores; sin embargo, en la ciudad de Santa Marta, González, G. et al, desarrollaron una investigación con el fin identificar qué factores influían para que se generara el destete temprano, en un grupo de madres, percibiéndose que el 94,22% de las madres suministró lactancia materna exclusiva a sus hijos; mientras que el 5,77% no lo hizo, por factores como insuficiencia de leche, rechazo del bebé, decisiones propias o influencia familiar. (24)

Igualmente, en Cartagena de Indias, se realizó un estudio por Padilla sobre las creencias y prácticas de alimentación de los cuidadores de niños y niñas en el corrimiento de La Boquilla, encontrándose que a las niñas tienen más duración en la ingesta de leche materna, y menos suministro de leche al primogénito independiente al sexo. Además, que los niños de 28 a 37 meses tuvieron una alimentación complementaria a los 6 meses, rescatándose la tradición de transmitir de generación en generación las prácticas y creencias alimentarias. (25)

A nivel mundial, una de las problemáticas más estudiadas por la salud pública ha sido la alimentación, ya que las madres y cuidadores al no disponer de adecuados conocimientos, actitudes y prácticas que contribuyan a la nutrición infantil, pueden desencadenar enfermedades infecciosas y altos niveles de daño en la población, reduciendo la salud y bienestar de los infantes (26). Así mismo, al no disponer de adecuados conocimientos y actitudes las madres, al realizar las prácticas alimenticias, no van a disponer de los suficientes criterios para la toma de decisiones; por ejemplo, en el periodo de transición de lactancia materna exclusiva a alimentación complementaria, ya que no saben cuáles son los alimentos idóneos para la etapa que cursan o porque incorporan alimentos distintos a la leche materna, antes de los seis meses. Así mismo la utilización de biberón que contribuya al no cumplimiento de la práctica de lactancia materna. (27)

Es importante considerar que durante la lactancia materna exclusiva y la alimentación se fortalece el vínculo afectivo, se desencadenan reflejos orales y se estimulan una serie de músculos que proporcionan eficacia en los procesos comunicativos de habla y función oral motriz. Por todo esto, se considera importante la alimentación y las prácticas adecuadas para abordarlas, ya que son fundamentales en el desarrollo integral de los individuos y se ven influenciadas por todos los aspectos de la vida, como lo son el estrato social, nivel económico, ubicación geográfica, la cultura y sus costumbres, anexando la promoción de la alimentación y el abordaje de prácticas de nutrición infantil idóneas para un óptimo crecimiento y desarrollo. En este sentido la Constitución Política de Colombia, en su artículo 44, expresa que es derecho fundamental de los niños, entre otros, la alimentación nutritiva y equilibrada como estrategia para garantizar su desarrollo armónico e integral. En cumplimiento de este artículo, le corresponde al Estado colombiano la formulación de políticas públicas en salud y educación que orienten a niños y adolescentes a establecer hábitos saludables (28).

Paralelamente, el ICBF ha desarrollado una herramienta técnica titulada Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAS), por medio de la cual se busca promover patrones educativos de alimentación saludable en las familias colombianas, y hábitos alimentarios en diferentes escenarios, como la salud y la educación, puesto que el hogar y la escuela son contextos principales para el desarrollo de los menores de edad. (29) (30)

Por otra parte, el Ministerio de Salud busca la educación y comunicación para la salud, concebida como “un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes, orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, familias, comunidades, organizaciones y redes, para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos. Su intencionalidad es aportar al desarrollo de la autonomía individual y colectiva en determinación de sus estilos de vida y en garantía del derecho a la salud” (31). Así mismo, la UNESCO considera que la educación de calidad es el cimiento de la salud y el bienestar, que permite poseer conocimientos para la prevención de patologías o enfermedades; un alto nivel de educación alcanzado por las madres contribuye al mejoramiento de los índices de vacunación y nutrición de los niños, reduciendo el número de muertes infantiles que se pueden prevenir, así como la mortalidad materna. (17)

En Colombia, para mantener un adecuado cumplimiento de la alimentación en niños, se trabaja en la política de alimentación complementaria “De Cero a Siempre”, que promueve y garantiza el desarrollo infantil de las niñas y los niños en primera infancia, a través de un trabajo unificado e intersectorial, que desde la perspectiva de derechos y con enfoque diferencial, articula y promueve el desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones para la atención integral que debe asegurarse a cada niña y niño, de acuerdo a su edad, contexto y condición. (31)

Por todo esto, a nivel departamental, a través del plan de desarrollo 2016 – 2019 “Bolívar si avanza”, se busca impactar positivamente en las situaciones identificadas en el sector salud, que obedecen principalmente a la débil estructura social de la población de Bolívar, y ropender por la “Seguridad Alimentaria y Nutricional” (SAN) de la población bolivareense por medio de la implementación, seguimiento y evaluación de acciones intersectoriales. (32)

Por lo tanto, el fonoaudiólogo, siendo un profesional de la salud, debe promover estrategias desde la investigación aportando al avance de su disciplina y al bienestar de la sociedad. Además, como el profesional de la salud idóneo para estudiar, evaluar, diagnosticar y rehabilitar en los procesos comunicativos y sus desórdenes, desde la promoción

y prevención, y el campo comunitario. Se pueden diseñar y ejecutar, desde la disciplina, programas desde el área del habla cuyos objetivos sean la prevención de dificultades en cuanto a hitos de la alimentación, dificultades en las funciones estomatognáticas, función oral motriz; y el desarrollo del lenguaje.

Materiales y metodos

En la búsqueda de artículos relacionados con la efectividad de programas educativos sobre prácticas alimentarias se indagó en las siguientes bases de datos Scopus, Scielo, Redalyc, Doaj, Ebsco, Dialnet, Springer, Oxford, Dspace, Scholar Google, Cambridge y el repositorio institucional USB, utilizando las palabras claves tales como: programa educativo, prácticas alimentarias, lactancia materna, conocimientos en alimentación y en idioma inglés algunas como: food practices, intervention in feeding investigados en Science Direct.

Los artículos presentes en esta investigación, son los resultados de una búsqueda exhaustiva, y limitada a publicaciones entre 2015 y 2020. Y para su selección se plantearon los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

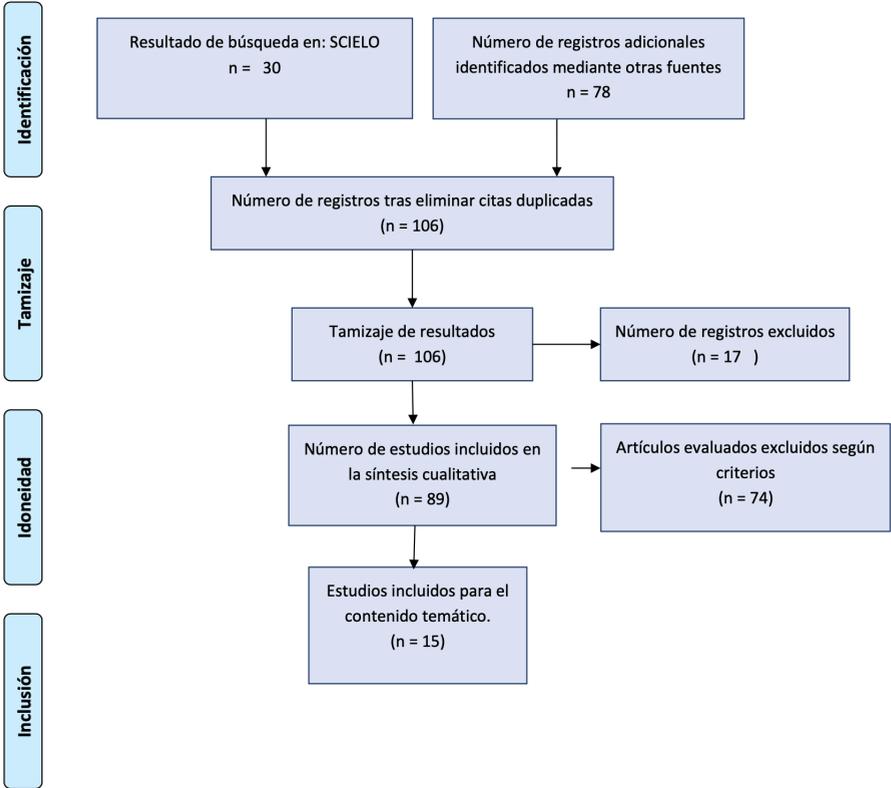
- Artículos de investigación sobre prácticas de alimentación infantil.
- Artículos de investigación relacionados con lactancia materna y alimentación complementaria.
- Artículos con fecha de publicación no mayor a cinco años.

Criterios de exclusión

- Artículos de investigación con más de cinco años de publicación.

Matriz prisma

Figura 1. Matriz Prisma para la selección de artículos de la muestra.



Fuente: Elaboración propia.

Partiendo de los resultados, arrojados en la búsqueda bibliográfica, ya definida, y teniendo en cuenta las diferentes combinaciones de palabras claves insertadas en las bases de datos, se pudo obtener un total de 108 documentos, comprendidos en artículos académicos y tesis. Estos cumplen con los criterios pertinentes para ser incluidos en esta investigación; igualmente, se descartaron documentos por lectura exhaustiva dado que no aportaban teoría fundamental para el desarrollo del escrito, por otra parte, otros, por ser estudios duplicados. Por lo anterior, se analizaron once artículos y cuatro tesis en total.

Resultados

Tabla 1. Revisión de artículos.

Título del artículo	Autor	Base de dato/ Año de publicación	Palabras claves	Tipo de investigación	Resultados
Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad.	Jiménez Acosta, SM., Martín González, I., Rodríguez Suárez, A., Silvera Téllez, D., Núñez Torres, E., & Alfonso Fagué, K.	SCIELO/ 2018	Lactancia materna; alimentación complementaria; consumo de alimentos en menores de dos años.	Estudio transversal	El 42,4 % de los menores de un año son amamantados con una disminución hasta el 20,9 % durante el segundo año de vida, existe bajo consumo de frutas y vegetales, respecto a los minerales se destaca el bajo consumo de hierro, con 51,1% de niños con un consumo deficitario de este mineral.
Asociación entre nivel de conocimiento y prácticas de cuidadores de niños de 2 a 5 años sobre la alimentación infantil.	Núñez-Martínez, BE., Meza-Miranda, E., Sanabria-Fleitas, TL., Agüero-Leiva, FD.	SCIELO/2020	Nivel de conocimiento; prácticas; cuidadores; alimentación infantil.	Observacional analítico de corte transversal.	Existe relación entre lo que sabían los cuidadores de estos niños y las prácticas que realizaban.
Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida.	Remigio Rafael Gorrilla Pérez Daylin Brito Linares, Elisa Ruiz Hernández.	Revista cubana de pediatría/ 2016	Lactancia materna; estudios de intervención; morbilidad; nutrición del lactante.	Estudio analítico y prospectivo de grupos y controles	Las madres capacitadas lactaron de forma exclusiva mayoritariamente de 4 a 6 meses, y las no capacitadas de 1 a 3.
Efectividad de una intervención educativa sobre lactancia materna en la etapa prenatal para prolongar los tiempos de amamantamiento	Vasquez Valverde, SI., & Valles Rios, KG.	BASE/2019	“Madres”, “amamantamiento”, “efectividad”, “educación”	Revisión sistemática [RS] retrospectivo y observacional	El total de artículos revisados el 100%(10) asegura que la intervención educativa en la etapa prenatal sobre lactancia materna prolonga los tiempos de amamantamiento

Título del artículo	Autor	Base de dato/ Año de publicación	Palabras claves	Tipo de investigación	Resultados
The Effectiveness of Breastfeeding Intervention on Breastfeeding Exclusivity and Duration among Primiparous Mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia	Rosuzeita, F., Rabiaah, MC., Rohani, I., & Shukri, OM.	BASE/2018	Breastfeeding, breastfeeding intervention, exclusivity, duration, primiparous	Diseño cuasiexperimental	Los resultados indicaron que hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en el cuarto mes posparto ($X^2 = 5.671$, $P = 0.017$) en la práctica de la lactancia materna completa.
Programa de medicina de estilo de vida “viva mejor” y su impacto en conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias y ejercicio físico en funcionarios de la organización adventista, Lima, Perú	Cari-Huancá, G., Esquivel-León, S., & Jhony, A.	DOAJ/2018	Alimentación; Ejercicio físico; Estado nutricional; Medicina de Estilo de Vida.	Prospectiva, longitudinal, analítica y experimental	Los resultados sobre alimentación saludable mostraron que los conocimientos de los participantes se incrementaron un 18.4 %, sus actitudes tuvieron un incremento de 10.5%, las prácticas de consumo de granos integrales, verduras, frutas, y proteínas de origen vegetal se incrementó en un 39.4%.
Efecto del programa educativo en el conocimiento y prácticas sobre lactancia materna exclusiva en madres, humaya 2019 - 2020	Huerta Zarzosa, G., & Rivera Vega, R. D. R.	GOOGLE SCHOLAR/2020	Nivel de conocimiento, práctica, lactancia materna y programa educativo	Diseño cuasi experimental con pre y post prueba	Teniendo en cuenta los resultados arrojados en el pre test y pos test se concluye que se logró aumentar el nivel de conocimientos y prácticas adecuadas.
Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 a 24 meses de edad. Centro de Salud Santa Teresita. Sullana. marzo - junio 2018	Castillo Atoche de Llanos, CC.	GOOGLE SCHOLAR/2018	Conocimientos Prácticas de alimentación complementaria Madre lactante	Tipo cuantitativo, diseño es no experimental, descriptivo, correlacional y de corte transversal	Se identificó que más del 50% de las madres participantes presentaba un nivel alto de conocimientos y prácticas adecuadas.

De la lactancia materna a la alimentación complementaria:
Investigaciones, experiencias e intervenciones en profesionales de salud

Título del artículo	Autor	Base de dato/ Año de publicación	Palabras claves	Tipo de investigación	Resultados
Relación entre conocimiento y prácticas de madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria atendidos en el Hospital San Juan de Dios Caraz-2017	Maza Figueroa, WA.	GOOGLE SCHOLAR/2017	Conocimientos, prácticas, madres, alimentación complementaria	Estudio, no experimental de corte transversal	La relación entre la variable nivel de conocimiento y prácticas sobre la dimensión es altamente significativa según laprueba de Chi Cuadrado.
Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses en el centro de salud "Baeza" 2016.	López Yaguapaz, KL.	GOOGLE SCHOLAR/2016	Madres, alimentación complementaria, niños.	Descriptivo y transversal.	Existe un alto conocimiento sobre la Correcta alimentación complementaria, preparación y formas de alimentación.
Prevalencia de la práctica de lactancia materna exclusiva en madres adolescentes de una fundación de la ciudad de Cartagena	Bohórquez, S. M., González, M. C., & Escolar, J. H.	Libro electrónico "Lactancia materna en perspectiva contexto, investigación y acción" 2019, USB	Lactancia materna, estrategia AIEPI, embarazo adolescente, alimentación del lactante, niño pequeño	Investigación con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal	Sólo un 34,1% de las madres realizó lactancia materna y el 18,8% de las madres introdujo a los cuatro meses otro tipo de alimentos.
Lactancia materna exclusiva: Factor protector de enfermedades prevalentes de la infancia. Zona rural de Cartagena, Colombia, 2018	Ávila, IYC, Moreno, CEB, & Estrada, LRA.	Libro electrónico "Lctancia materna en perspectiva contexto, investigación y acción" 2019 USB	Lactancia materna, lactante, medio rural.	Descriptivo de corte transversal	La prevalencia de lactancia materna exclusiva fue del 62,1% (82) en niños y niñas menores de seis meses y la lactancia materna complementaria solo la reciben adecuadamente el 36,6% (72) de los niños y niñas entre 7 y 24 meses de edad.

Título del artículo	Autor	Base de dato/ Año de publicación	Palabras claves	Tipo de investigación	Resultados
Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos	Rojas-Guerrero, N., & Espinoza-Bernardo, S.	Scielo 2019	Prácticas de alimentación	Observacional descriptivo y transversal	Hubo diferencia significativa en el cumplimiento de prácticas de alimentación complementaria entre los niños de ambas comunidades en lactancia materna exclusiva antes de los seis meses y en el consumo de multimicronutriente.
Patterns of breastfeeding practices among infants and young children in Abu Dhabi, United Arab Emirates.	Taha, Z., Garemo, M., & Nanda, J.	Springer 2018	Prácticas de lactancia materna	Transversal	El 95,6% de las madres inició la lactancia materna. La lactancia materna exclusiva entre los lactantes de 0 a 6 meses fue del 44,3%. La duración media de la LME fue de 3 meses. El 21,7% de los niños había tenido una introducción temprana de la alimentación complementaria el inicio de la lactancia materna se calificó como “bueno”
La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes	Forero, Y., Acevedo, M.J., Hernández, J.A., & Morales, G.E.	Scielo 2018	Alimentación Complementaria barreras y facilidades	Fenomenológico y de corte longitudinal	AC es una práctica social que resulta de la mezcla de saberes médicos y populares, sin embargo, el grado de influencia que tienen estos últimos en las madres es mayor debido al grado de acompañamiento que tienen de su círculo cercano, en especial madres, abuelas y mujeres de la familia. El desconocimiento sobre lactancia materna exclusiva (LME) y AC en términos conceptuales y prácticos, impide que las madres puedan llevar a cabo prácticas adecuadas.

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Partiendo de lo planteado por la OMS la alimentación es un proceso consciente que empieza desde el nacimiento, en el cual se recomienda el suministro de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y luego, la incorporación de alimentos secundarios a la leche humana. Es importante considerar que esta está influenciada por factores como las creencias, los saberes, las prácticas y las actitudes de las madres y/o cuidadores.

Teniendo en cuenta la revisión realizada se puede apreciar la importancia que cursan las adecuadas prácticas en relación con la alimentación infantil, y el vínculo directo con los conocimientos, actitudes y rasgos sociodemográficos. Núñez et al. evidencian en su investigación que hay una relación significativa entre el conocimiento en hábitos de alimentación y las prácticas, arrojando que el 40% de las madres participantes tenía un conocimiento medio, y el 80% de ellas presentaba un porcentaje de prácticas inadecuadas alto. (34)

Igualmente, Castillo, A. evidencia en su estudio la relación directa y considerable que hay entre el nivel de conocimientos con las prácticas alimentarias permitiendo demostrar la importancia y la correlación de estas variables de estudio con los beneficios que implica una adecuada alimentación. (40)

Por otra parte, el estudio de López, Y (42) destaca que unos inadecuados conocimientos, actitudes y prácticas ligadas e influenciadas por los aspectos sociodemográficos pueden ocasionar directamente una incorrecta alimentación y por ende afectar el desarrollo integral de los menores.

Los resultados arrojados por el estudio, permiten observar de manera general en el ámbito de alimentación en el infante, la evidencia del bajo porcentaje de conocimientos por parte de las madres sobre lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria. Percibiendo Bohórquez et al. (43) y Ávila et al (44) componentes que influyen desfavorablemente en los aspectos antes mencionados, como el abandono de la lactancia materna debido a factores sociales particularmente, las creencias inculcadas en el núcleo familiar. Además, como indican Gorrita et al, en su investigación, también se debe a que las madres expresan sobre el in-

fante: “no se llenaba el niño” “lloraba mucho” o “no producían suficiente leche”. (35)

Por otra parte, las intervenciones educativas se consideran efectivas ya que logran mejorar los índices de prácticas en alimentación como lo mencionan Gorrita et al, cuando evidenciaron en su estudio el prolongamiento de los tiempos de amamantamiento comparado con el grupo que no recibió la intervención, alcanzando a su vez mejores índices de talla y peso, y menor evidencia de morbilidad. Así, como también lo afirman Vásquez et al, en la revisión sistemática que realizaron, encontrándose en el 100% de los estudios analizados sobre intervenciones en alimentación efectividad en ellas. (35,36)

A nivel local se pudo patentizar, en la ciudad de Cartagena, por medio del estudio realizado por Bohórquez y Ávila et al, que a pesar del fomento y la promoción de alimentación infantil a través de programas o intervenciones, se siguen evidenciando bajos conocimientos sobre la temática, lo que indica que se debe incrementar la implementación de programas educativos de alimentación infantil que proporcionen conocimientos adecuados y acordes al nivel cultural de la zona, arraigado al abandono de esta misma debido a factores sociales como las creencias inculcadas en el núcleo familiar. (43) (44)

Igualmente hay que tener en cuenta la asociación entre la importancia y el impacto que conllevan las adecuadas prácticas en el óptimo y eficaz desarrollo de capacidades y habilidades en el niño en diversos contextos de la vida. Por lo tanto, es fundamental resaltar que los menores que son amamantados por medio de lactancia materna obtienen mejores índices de desarrollo psicomotor, comunicativo y evidente interacción social a los doce meses.

El fonoaudiólogo como profesional especialista en la comunicación humana según la Ley 376 de 1997 del el MinSalud busca el bienestar comunicativo de las poblaciones, interviniendo en los procesos de habla, lenguaje y audición. Tiene relación directa con los procesos de alimentación infantil desde el nacimiento, apoyando los procesos fisiológicos y funcionales involucrados en la lactancia materna y la alimentación complementaria, así como las estructuras anatómicas que interfieren en el

mismo, que se encuentran relacionadas con el desarrollo facial, la fono articulación y la deglución, permitiendo a su vez la estimulación del sistema oro-motor indispensable en la coordinación de la triada succión, respiración, deglución.

Conclusiones

Las evidencias analizadas en los anteriores artículos muestran que las madres tienen prácticas inadecuadas de alimentación, incluyendo, el proceso de lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria; estas prácticas evidencian relación significativa con los niveles de conocimientos bajos en alimentación, y muestran la influencia de los aspectos sociodemográficos y de las creencias inculcadas por la cultura y el entorno en el que se desenvuelve la madre.

Por ello, se ha visto necesaria la implementación de intervenciones educativas sobre alimentación, con el fin de mitigar los bajos niveles de conocimientos que impactan directamente en la práctica de alimentación, en la cual se percibe efectividad; sin embargo, se siguen manifestando mitos e inadecuadas prácticas de alimentación, y como dato significativo se muestra en la mayoría de estudios que el total de las madres participantes no cumple con el 100% de conocimientos y prácticas adecuados.

Por lo anterior, se recomienda, la implementación de intervenciones educativas con el fin de apoyar los procesos de alimentación infantil, evitar la desnutrición, y problemas de salud pública, así como el desarrollo integral del infante. Desde el área fonoaudiología, estos programas encuentran su relevancia en la estimulación de las estructuras orofaciales, que están vinculadas con las funciones estomatognáticas del individuo.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS); Lactancia materna exclusiva. Biblioteca Electrónica de Documentación Científica sobre Nutricionales; Alimentación Complementaria; [Internet] diciembre 2019; Disponible en: https://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/

2. Reyes M, Rivera H. Desarrollo normal de las funciones alimenticias. [Internet]; 2013 disponible en: <https://www.unicieo.edu.co/wpcontent/uploads/2013/11/Desarrollo%20normal%20de%20las%20funciones%20alimenticias.pdf>
3. Álvarez C, Barcia J, Pavez N, Zúñiga C. Descripción de reflejos orofaciales, succión nutritiva y no nutritiva en lactantes prematuros extremos de 3 y 6 meses de edad corregida. [Tesis Pregrado]. Santiago- Chile: Universidad de Chile Facultad de Medicina Escuela de Fonoaudiología; 2015.
4. Varillas M. Efectividad de un programa de educación alimentaria y nutricional en la mejora de conocimientos y prácticas en alimentación complementaria; [Tesis para maestría en nutrición]; Lima- Perú: Universidad Nacional Agraria La Molina; 2018.
5. Lopez Y. Infant Oral Motor Function as a Stimulus for Craniofacial Growth. Universitas Odontologica, [Internet] 2016. vol. 35, no 74. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/17763>
6. Fuenzalida R, Fernández C, Pérez J. Alteraciones Estructurales y Funcionales del Sistema Estomatognático: Manejo fonoaudiológico. Areté, [Internet] 2017, vol. 17, no 1, p. 29-35. Disponible en: <https://arete.iberu.edu.co/article/view/art.17105>
7. Aguirre E. Bases neuro científicas de la función masticatoria y su efecto sobre el estrés y las funciones cognitivas. Revista chilena de neuro-psiquiatría, [Internet] 2017. vol. 55, no 1, p. 9-17. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/310457357_Bases_neurocientificas_de_la_funcion_masticatoria_y_su_efecto_sobre_el_estres_y_las_funciones_cognitivas_Aceptado_para_Publicacion
8. Perandrés A, Pérez M, Mateos R. Hábitos parafuncionales orales: Bruxismo y su abordaje. Acercamiento multidisciplinar, [Internet] 2017, p. 353. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6839535>
9. Cámara S. Reflejos primitivos e influencia en la etapa de Educación Infantil. 2019. Tesis de Licenciatura. [Internet]; disponible en: <https://reunir.unir.net/handle/123456789/8188>
10. Arias S et al. Actitudes, conocimientos y prácticas de madres de niños en edad preescolar frente a la alimentación de sus hijos, un acercamiento a la realidad de la comuna 9 de Armenia (Quindío). Revista de Investigaciones Universidad del Quindío, [Internet] 2017, vol. 29, no 1, p. 16-27. Disponible en: <https://ojs.uniquindio.edu.co/ojs/index.php/riuuq/article/view/9/17>

11. Acosta J et al. Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. Revista Cubana de Pediatría, [Internet] 2018, vol. 90, no 1, p. 79-93. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312018000100009
12. Gamboa E, Amaya C, Prada G. Prácticas de estudiantes universitarios relacionados con la alimentación de sus hijos preescolares. Revista chilena de nutrición, [Internet] 2019, vol. 46, no 1, p. 54-60. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000100054
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Los Hábitos de Higiene; [Internet]; Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/media/1186/file/Los%20hábitos%20de%20higiene.pdf>
14. Mata N, Cuenca, P González P. La alimentación en hospitales del sector público andaluz. En Intervención en contextos clínicos y de la salud: Volumen II. AS-UNIVEP, 2018. p. 157-164. Disponible en: <https://formacionasunivep.com/Vcice/files/libro%20intervencion%20en%20contextos%20clinicos.pdf>
15. Lizama R et al. Buenas prácticas de manipulación y su influencia en la calidad del servicio de alimentación. Lima-2014. UCV-SCIENTIA/Journal of Scientific Research of University Cesar Vallejo, 2017. Vol. 9, no 2, p. 153-163. Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCVSCIENTIA/article/view/1286/1036>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia: Guías alimentarias basadas en alimentos; platos saludables de la familia colombiana [Internet] 2015; Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/guias-alimentarias-basadas-en-alimentos.pdf>
17. UNESCO. Educación para la salud y el bienestar. 2018. [Internet]; disponible en: <https://es.unesco.org/themes/educacion-salud-y-bienestar>
18. Gallego G, Peñaranda F, Molina D. Comprensión del proceso de educación para salud en un programa de atención a la primera infancia, Medellín, Colombia (2014-2015). Revista Gerencia y Políticas de Salud, [Internet] 2017. vol 16, no 33, p. 102-115. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/20460>
19. López G et al. La alimentación escolar en las instituciones educativas públicas de Colombia. Análisis normativo y de la política pública alimentaria. Prolegómenos, [Internet] 2017, vol. 20, no 40, p. 97-112. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/prole/v20n40/v20n40a07.pdf>
20. Michue D et al. Efectividad del programa Cuidando lo que más amo en la mejora del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la alimentación saludable

en los padres de niños de 4 y 5 años de la IE Jardín de Niños N° 115, Chaclacayo, Lima, 2015. 2016.

21. Merino B. Efectividad de un programa educativo en el conocimiento materno sobre alimentación saludable y estado nutricional de preescolares. 2016. [Internet]; Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/3178/TESIS%20MAESTRIA%20BRIGITTE%20SANDRA%20LIZBETH%20MERINO%20VALLES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Alarcón M, López M, Ramón M, Alvarado I, González M. Prácticas maternas de alimentación e inclusión social de niños mexicanos con discapacidad. Aproximación con grupos focales, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2018; vol.35 no.1
23. Jiménez S, Martín I, Rodríguez A, Silvera D, Núñez E, Fagúe K. Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. Revista Cubana de Pediatría. Ciudad de la Habana. 90(1); 2018; Disponible en: [15http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312018000100009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312018000100009)
24. González G, Reyes L, Borre Y, Oviedo H, Barrios L, Carboneo L, Martínez G. Factores que inciden en el destete temprano en un grupo de madres de Santa Marta, Colombia. Revista investigación en enfermería imagen y desarrollo. 2015; 17(2)
25. Padilla C. Creencias y prácticas de alimentación de los cuidadores de niños y niñas, hacia las intervenciones proporcionadas por el programa de recuperación nutricional con enfoque comunitario RBC La Boquilla – Cartagena. [Tesis]. Colombia: Universidad del Norte. Maestría en Salud Pública 2016. Disponible en: [17http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7877/131051.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7877/131051.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
26. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 2003. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf
27. Cuevas E. Propuesta educativa en alimentación y nutrición para los beneficiarios del programa de vidas móviles localidad de Ciudad Bolívar. [Tesis]. Colombia: Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias. Carrera de Nutrición y Dietética 2010. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis558.pdf>
28. Corte Constitucional de Colombia: Constitución Política de Colombia, [Internet] Edición 2015 [citado 24 marzo 2019] Disponible en [18 http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/col127440.pdf](http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/col127440.pdf)

29. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia: Estrategias de entorno educativo saludable, [internet]. 2018 [citado 24 marzo 2019] MinSalud. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/estrategia-entorno-educativo-2019.pdf>
30. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF. De Cero a Siempre Colombia: Estrategia de atención integral a la primera infancia, fundamentos políticos, técnicos y de gestión, 2013. Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamentos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf>
31. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años [Internet] 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/guias-alimentarias-basadas-en-alimentos.pdf>
32. Gobernación de Bolívar. Colombia: Bolívar si avanza. [Internet]; Disponible en: http://www.funcicar.org/archivo/sites/default/files/archivos/ordenanza_plan_final_compressed_0.pdf
33. Jiménez Acosta, SM, Martín González I, Rodríguez Suárez A, Silvera Téllez D, Núñez Torres E & Alfonso Fagué K. Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. *Revista Cubana de Pediatría*, [Internet] 2018. 90(1), 79-93.
34. Núñez-Martínez BE, Meza-Miranda E, Sanabria-Fleitas TL, Agüero-Leiva FD. Asociación entre nivel de conocimiento y prácticas de cuidadores de niños de 2 a 5 años sobre la alimentación infantil. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, [Internet] 2020. 18(1).
35. Gorrita Pérez RR, Brito Linares D, Ruiz Hernández E, Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida. *Revista cubana de pediatría*. 2016. 88(2).
36. Vásquez Valverde SI & Valles Ríos KG. Efectividad de una intervención educativa sobre lactancia materna en la etapa prenatal para prolongar los tiempos de amamantamiento. [Internet] 2019, Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/handle/123456789/3016>
37. Rosuzeita F, Rabiaah MC, Rohani I & Shukri OM. The effectiveness of breastfeeding intervention on breastfeeding exclusivity and duration among primiparous mothers in hospital Universiti Sains Malaysia. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS*, 2018. 25(1), 53.

38. Cari-Huanca G, Esquivel-León S & Jhony A. Programa de Medicina de Estilo de vida “Viva mejor” y su impacto en conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias y ejercicio físico en funcionarios de la Organización Adventista, Lima, Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 2018. 18(2).
39. Huerta Zarzosa GG & Rivera Vega RDR. Efecto del programa educativo en el conocimiento y prácticas sobre lactancia materna exclusiva en madres, Huma-ya 2019-2020. [Internet] 2020. Disponible en: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/3981>
40. Castillo A. Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6-24 meses de edad. Centro de Salud Santa Teresita. Sullana. marzo-junio 2018. [Internet] 2018. Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/8595>
41. Maza A. Relación entre conocimiento y prácticas de madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria atendidos en el Hospital San Juan de Dios-Caraz-2017. [Internet] 2018, Disponible en: http://repositorio.usanpedro.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/8663/Tesis_57043.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. López Yaguapaz KL. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses en el centro de salud Baeza 2016 (Bachelor's thesis). [Internet] 2016. Disponible en: http://repositorio.usanpedro.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/8663/Tesis_57043.pdf?sequence=1&isAllowed=y
43. Bohórquez SM, González MC & Escolar JH. Prevalencia de la práctica de lactancia materna exclusiva en madres adolescentes de una fundación de la ciudad de Cartagena. 2019. *Lactancia Materna en Perspectiva*. Disponible en: <https://www.usbautoevaluarnos.edu.co/images/documentosAIM2019/ANEXOS%20FACTOR%203.%20Profesores/Anexo%2058.%20LIBRO%20%20LACTANCIA%20MATERNA%20EN%20PERSPECTIVA.pdf>
44. Ávila IYC, Moreno CEB & Estrada LRA. Lactancia materna exclusiva: factor protector de enfermedades prevalentes de la infancia. Zona rural de Cartagena, Colombia, 2018. *Lactancia materna en perspectiva*. Disponible en: <https://www.usbautoevaluarnos.edu.co/images/documentosAIM2019/ANEXOS%20FACTOR%203.%20Profesores/Anexo%2058.%20LIBRO%20%20LACTANCIA%20MATERNA%20EN%20PERSPECTIVA.pdf>
45. Rojas-Guerrero N & Espinoza-Bernardo S. Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos. In *Anales de la Facultad de Medicina*. 2019. Vol. 80, No. 2, pp. 157-162.

46. Taha Z, Garemo M & Nanda J. (2018). Patterns of breastfeeding practices among infants and young children in Abu Dhabi, United Arab Emirates. *International breastfeeding journal*, 13(1), 48.
47. Forero Y, Acevedo MJ, Hernández JA & Morales GE. La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes. *Revista chilena de pediatría*, 2018; 89(5), 612-620.

Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias en poblaciones vulnerables.

Artículo de revisión

Food knowledge, attitudes and practices in vulnerable populations. Review article

Bernarda Leones Araque

Universidad San Buenaventura de Cartagena
✉ bernarda.leones@usbctg.edu.co
🌐 <https://orcid.org/0000-0002-5864-0380>

Daniela Álvarez Orozco

Universidad San Buenaventura de Cartagena
✉ dansoll325@gmail.com
🌐 <https://orcid.org/0000-0003-3536-4149>

Mariana Larrahondo Gómez

Universidad Santiago de Cali
✉ mariana.larrahondo01@usc.edu.co
🌐 <https://orcid.org/0000-0001-9611-005X>

Yissel Paola Barrios Zabaleta

Universidad San Buenaventura de Cartagena
✉ yiselbarrioszabaleta@gmail.com
🌐 <https://orcid.org/0000-0002-7252-7755>

Pilar Andrea Guzmán Sánchez

Universidad Santiago de Cali
✉ pilar.guzman00@usc.edu.co
🌐 <https://orcid.org/0000-0003-1390-0350>

Resumen. Los conocimientos, las actitudes y las prácticas alimentarias de las madres y/o cuidadores son fundamentales, porque durante su proceso de implementación se estima que hay cambios significativos en los hábitos alimenticios que el niño adquiere, empezando por una lactancia materna exclusiva de 0 a 6 meses y siguiendo con una alimentación complementaria desde los 6 a los 24 meses; además debe haber una alimentación diversificada desde los 24 meses y a lo largo de la vida. Este capítulo

Cita este capítulo / Cite this chapter:

Leones Araque B, Larrahondo Gómez M, Guzmán Sánchez PA, Álvarez Orozco D, Barrios Zabaleta YP. Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias en poblaciones vulnerables. Artículo de revisión. En: Larrahondo Gómez M, Guzmán Sánchez PA, editoras científicas. De la lactancia materna a la alimentación complementaria: Investigaciones, experiencias e intervenciones en profesionales de salud. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2022. p. 215-243.

busca analizar las investigaciones recientes sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas alimentarias de las madres y/o cuidadores. Para obtener la información se utilizaron las bases de datos Scopus, Scielo, Redalyc, Doaj, Ebsco, Dialnet, Springer, Oxford, Dspace, Scholar Google, Cambridge y repositorios, usando las combinaciones de palabras claves como: alimentación, conocimientos, actitudes, y prácticas en alimentación, lactancia materna, alimentación complementaria, Conocimientos Aptitudes y Prácticas en lactancia materna, CAP, en alimentación complementaria, infantil, madres gestantes. Como hallazgo significativo, se obtuvieron 70 documentos en diferentes idiomas con periodos de publicación del año 2010 al 2020. Finalmente, se pudo evidenciar que el fonoaudiólogo es un actor fundamental en los CAP de las madres y cuidadores, fortaleciendo todo el proceso de los músculos que intervienen en el habla y así mismo permitiendo un desarrollo integral del niño.

Palabra Clave: alimentación, conocimientos, actitudes, prácticas, lactancia materna, alimentación complementaria.

Abstract. The knowledge, attitudes and dietary practices of mothers and / or caregivers are essential, because during their implementation process significant changes are estimated in the eating habits that the child acquires, starting with exclusive breastfeeding from 0 to 6 months and continuing with a complementary diet from 6 to 24 months, in addition to a diversified diet from 24 months and throughout life. This chapter seeks to analyze recent research on the knowledge, attitudes and eating practices of mothers and / or caregivers. To obtain the information, the databases Scopus, Scielo, Redalyc, Doaj, Ebsco, Dialnet, Springer, Oxford, Dspace, Scholar Google, Cambridge and repositories were used, using combinations of keywords such as: food, knowledge, attitudes, and practices in feeding, breastfeeding, complementary feeding, CAP in breastfeeding, CAP in complementary feeding, infant, pregnant mothers. As a significant finding, 70 documents were obtained in different languages with publication periods from 2010 to 2020. Finally, it was possible to show that the speech therapist is a fundamental actor in the CAP of mothers and caregivers, strengthening the entire process of the muscles that they intervene in speech and likewise allowing a comprehensive development of the child.

Key word: feeding, knowledge, attitudes, practices, breastfeeding, complementary feeding.

Introducción

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) citada por Urquía, considera la alimentación como aquel acto en el que las personas aportan a su organismo los nutrientes necesarios para mantenerse sanos, y para prevenir enfermedades a largo plazo (1). Con todo ello se considera fundamental que se promueva una buena alimentación en todos los ciclos de vida, iniciando desde el periodo de gestación, y continuando con las primeras 24 horas de vida. (2)

De acuerdo a los datos estadísticos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se estima que el 16% de la mortalidad neonatal podría ser prevenida si los recién nacidos reciben lactancia durante el primer día del nacimiento, y el 22% si recibe lactancia materna durante la primera hora. Es decir, la falta de la lactancia aumenta el riesgo del niño o la niña de padecer problemas de desarrollo y crecimiento o, incluso, la muerte. (3)

Según la Organización Mundial de la Salud a partir del sexto mes de vida el bebé necesita un mayor aporte energético y de algunos nutrientes específicos, tales como hierro, zinc, selenio, calcio y las vitaminas A y D (4). La leche materna exclusiva y las fórmulas lácteas infantiles son insuficientes para cubrir estos requerimientos en el lactante sano, los cuales se deben aportar a través de la alimentación complementaria de acuerdo al crecimiento del niño.

Por tanto, es fundamental el conocimiento, las actitudes y las prácticas alimentarias de las madres y/o cuidadores dado que los hábitos alimenticios que el niño adquiere dependen de ellos; el conocimiento es el resultado de toda la información almacenada mediante la experiencia y el aprendizaje, y la actitud es considerada como la tendencia o predisposición aprendida, a partir de la cual se responde ante una situación, idea, persona o grupo de personas de manera positiva o negativa. Y, por otra parte, las prácticas constituyen la ejecución de los conocimientos,

es decir comportamientos que poseen las personas, determinando así su estilo y calidad de vida, de acuerdo con Arboleda, L et al. (5). En este orden de ideas el conocimiento, las actitudes y las prácticas alimentarias incluyen aspectos como la alimentación, la nutrición, la preparación de los alimentos, la higiene personal, al agua y el saneamiento, que definen de manera puntual el estado nutricional, la salud y la calidad de vida del niño que depende totalmente de las madres y/o acudientes.

Algunos estudios han abordado esta temática, a nivel internacional, en Perú, Gamarra y Pora (2010), buscaron identificar los conocimientos, actitudes y percepciones sobre alimentación en 161 madres con niños menores de tres años, encontrando entre los resultados que un 81% alcanzó un nivel alto de conocimientos, 17% un nivel regular y 2% un nivel bajo. Esto refleja que los conocimientos de la mayoría de madres eran adecuados y sus percepciones concordaban con ello.(6)

En otro estudio en Ecuador, Pinzón (7) se enfocó en los conocimientos y las prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de seis a doce meses; dentro de los resultados se encontró que el 53% de las madres tiene malos conocimientos sobre alimentación complementaria, un 30% tiene conocimientos buenos y el 17% tiene conocimientos regulares y en cuanto a las prácticas se encontró que el 63% tiene buenas prácticas, mientras que el 37% no las tiene. Concluyendo que el conocimiento es insuficiente y podría afectar la adecuada nutrición compuesta de los nutrientes y las proporciones correctas de los alimentos. Así mismo, García, en Perú realiza un estudio con 73 madres para determinar las actitudes y prácticas sobre la alimentación complementaria, a través de una escala de actitudes y prácticas, encontrando que el 91,8% manifestó actitudes positivas sobre alimentación complementaria, el 90,4% demostró prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria. (8)

Más adelante en Cuba, Ajete, (9) realiza un estudio descriptivo transversal con 95 madres de niños entre 6 y 24 meses de edad. Se aplicó un cuestionario sobre hábitos y prácticas alimentarias de los niños menores de dos años. Se encontró en los resultados un desconocimiento del valor nutritivo de muchos alimentos y no todas las madres tenían conocimientos adecuados sobre los alimentos que debían dar al niño a partir del primer año de vida; se evidencio que un 80% utilizaba el biberón para alimentar

a sus hijos, y un 71,6% ofrecía los alimentos mezclados; exponiendo que la mayoría mantuvo actitudes favorables y buenas prácticas durante la alimentación de sus hijos.

A nivel nacional Parada (10) realizó una investigación de carácter descriptivo, cuantitativo, participaron 339 cuidadores y se buscó identificar los conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años frente a la alimentación complementaria; el instrumento utilizado fue cuestionario de “Prácticas claves” diseñado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Entre los resultados se observó que el 70% de los participantes refiere que la introducción de alimentos se debe hacer a los seis meses de edad, dando frutas, fuentes de origen animal como carnes de res y pollo molidas, verduras y cereales en orden de importancia nutricional. (4)

Sastoque et al, realizaron un estudio descriptivo, de corte transversal para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas en 31 madres con niños entre uno y cinco años de edad; se utilizó la encuesta CAP (FAO). Se encontró que el 97% de las madres conoce que el consumo de dulces no es saludable, pero el 52% ofrece alimentos azucarados como premio si su hijo consume los alimentos ofrecidos. El 6% nombra correctamente los grupos de alimentos de un plato saludable para la familia colombiana y el 100% de las familias cuenta con actitudes saludables, como ofrecer desayuno antes de ir al jardín, brindar diferentes alimentos, e incluir cinco frutas y verduras diariamente, pero algunas de ellas tienen barreras para cumplirlas (11). Ante esto, la Unicef indica que, la desnutrición y las malas prácticas alimenticias durante la infancia se atribuyen a problemas en entornos de bajos recursos y vulnerabilidad en la educación. Este fondo propone dialogar firmemente con madres o cuidadores para mejorar las prácticas alimentarias, teniendo en cuenta que estos son el reflejo de su alimentación, enseñanza, cultura u otros factores personales influyentes en este proceso. (12)

En esta misma dirección la Organización de las Naciones Unidas a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible busca minimizar la pobre nutrición en los niños, ya que indica que es la causa de cerca del 45% de las muertes en los niños menores de cinco años (13).

Se ha observado también que las formas de alimentación varían según las crianzas de cada hogar y que la mayoría de estas preparaciones se realizan si culturalmente están aceptadas o simplemente si está entre el presupuesto de la canasta familiar. Por otro lado, es importante resaltar que un adecuado conocimiento sobre cómo debería ser la alimentación en los niños, conlleva a una adecuada práctica, dando así en al infante todas aquellas vitaminas fundamentales para un buen crecimiento y desarrollo. Por consiguiente, el fomento de un entorno alimentario saludable y, en particular, de sistemas alimentarios que promuevan una dieta diversificada, equilibrada y sana, requiere la participación de distintos sectores y partes interesadas, incluidos los gobiernos, el sector público y el sector privado, según la organización mundial de salud (14).

En Colombia, el Departamento Nacional de Planeación, creó la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN) con el propósito de mejorar la situación alimentaria en la población colombiana especialmente los más vulnerados a este derecho y contribuir con el mejoramiento de este plan alimenticio, en distantes instancias a nivel local, territorial, regional, en el ámbito público y privado (3). Así mismo el Ministerio de Educación Nacional y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de acuerdo con sus competencias, tienen a su cargo la atención integral en nutrición y la educación inicial según modelos pedagógicos flexibles diseñados para cada edad, y apoyo psicológico para cuando fuera necesario, para los niños de la primera infancia clasificados en los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN; esto con el fin de desarrollar planes de atención inmediata en donde se permita la realización de programas de alimentación que involucren procesos de valoración de aprendizaje, tratamiento y seguimiento al niño en todos los aspectos de su vida diaria, además de capacitación para generar mejores prácticas alimentarias dirigidas a los padres de familia y/o cuidadores. (15)

En Cartagena el Plan de Desarrollo Departamental “Primero la gente” (2016 – 2019) (16) buscó optimizar el uso de los recursos mediante la implementación de políticas públicas y estrategias que permitían llevar una nutrición y alimentación segura a todos los niños y niñas mediante de un conjunto de acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias, como la disponibilidad y acceso a los alimentos, consumo adecuado de nutrientes y alimentos de buena calidad.

La alimentación mas alla de un acto motor

Alimentación

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) considera la alimentación como aquel proceso de seguridad alimentaria en el que las personas tienen acceso a una alimentación que aporte a su organismo los nutrientes necesarios para mantenerse sanos; es decir, realizar ingesta de alimentos suficientes, seguros y nutritivos que aporten las vitaminas, prevengan enfermedades a largo plazo y permitan una vida activa y sana. Por lo tanto, la alimentación debe ser equilibrada, diversificada y cargada en vitaminas para que así aporten los nutrientes necesarios en cada persona (14).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la alimentación como una ingesta saludable de alimentos ricos en calorías y proteínas necesarias que aporta los nutrientes precisos para prevenir enfermedades no transmisibles como la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer (4). Así mismo, la UNICEF refiere la alimentación como la apertura de nuevas experiencias que inicia el infante al encontrarse con un sin número de nuevos olores y sabores que vienen acompañados de colores y texturas generando delectación, permitiendo así la influencia positiva de una buena alimentación durante el transcurso de toda la vida del niño, para proveer así en su organismo, las proporciones suficientes de alimentos para que este consiga las energías y pueda tener un desarrollo oportuno (12).

Lactancia Materna exclusiva

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la lactancia materna es el primer alimento ideal que se le debe suministrar al recién nacido desde la primera hora de vida y durante los primeros seis meses; indica además que proporciona la energía y los nutrientes que el niño necesita permitiendo así el fomento de un desarrollo sensorial y cognitivo adecuado, y la prevención de enfermedades infecciosas y crónicas.

Por otro lado, para la UNICEF, es el proceso de alimentación mediante el cual, las madres en periodo de post parto proporcionan con mayor efec-

tividad el suministro de leche al niño, aportándole un desarrollo mental y físico adecuado; durante este periodo el suministro debe ser de leche exclusivamente, ya que la leche materna es un fluido bioactivo, rico en vitaminas, carbohidratos, proteína y es 90% agua; por lo tanto no es recomendable darle agua al niño, ya que la leche es suficiente para ellos.

Para Cervantes, existen cuatro tipos de leche materna que son fundamentales; calostro que es aquella que produce la madre inmediatamente después del parto, es de color amarillento, rica en vitaminas y es el alimento perfecto para el recién nacido con efecto laxante suave para evitar la comulación de meconio; leche de transición que se produce durante el quinto o undécimo día posterior al parto, es más acuosa, rica en grasa y en lactosa; leche madura que es producida a la segunda o cuarta semana del parto, es la leche materna propiamente dicha, aporta al bebé todas las sustancias nutritivas y las calorías que éste requiere para su normal desarrollo y crecimiento durante los primeros seis meses de vida (17,18).

Por otra parte, Azabache indica que la lactancia materna aporta muchos beneficios a la madre, y al bebe ya que se le proporciona el alimento ideal a su edad, transmite inmunidad pasiva, reduce el riesgo de depresión post- parto, previene el cáncer de mama o de ovarios, disminuye el riesgo de adquirir diabetes, obesidad, proporciona los nutrientes que el bebé requiere para desarrollarse saludable, y contiene anticuerpos esenciales para prevenir cualquier enfermedad, además que fomenta un ambiente interactivo madre e hijo (19).

Alimentación complementaria

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEP), indica que la alimentación complementaria es el tiempo de introducción de los alimentos suplementarios, que sesuministrarán al tiempo que se proporciona la lactancia materna para, como su nombre lo indica, complementar la alimentación; este proceso requiere la ingesta de alimentos sólidos, como frutas,verduras y carnes molidas (20).

Por otro lado, es importante resaltar que, según la OMS, en este proceso la leche ya no es suficiente para el bebé y se debe suministrar otros

tipos de alimentos sólidos y líquidos; esta etapa de alimentación se inicia a partir de los 6 meses hasta los 48 meses vida, donde las necesidades nutricionales del infante tienen mayor prioridad, por tal motivo es indispensable proporcionar los alimentos necesarios, para prevenir la desnutrición infantil (4).

Además, según la AEP es importante que la alimentación complementaria inicie a los seis meses porque el bebé debe estar preparado desde sus destrezas psicomotoras permitiendo manejar y tragar de forma segura todos los alimentos, permitiendo así que se complemente su alimentación con el suministro de nutrientes, vitaminas y calorías que provienen de otros alimentos para favorecer los procesos o desarrollos de habilidades sensoriales, creando hábitos alimentarios, para estimular el desarrollo psicoemocional (20). La UNICEF recomienda que los niños consuman una dieta diversa y frecuente de alimentos complementarios ricos en nutrientes e higiénicamente preparados, estos alimentos no sirven sólo para llenar el estómago del niño, sino que deben proporcionar suficiente energía, proteínas, grasas, vitaminas y minerales que satisfagan sus crecientes necesidades (12).

Cuidado y alimentación ¿cómo entender este proceso?

Higiene personal

La higiene es fundamental para resguardar la salud, las ejecuciones de buenas prácticas de higiene previenen la presencia de múltiples enfermedades. Según Avalos et al. la higiene permite valorar y cuidar el cuerpo, mantenerlo limpio, crear y proporcionar un entorno más saludable para cuidar la salud de todos, puesto que una limpieza adecuada del cuerpo elimina todo tipo de virus y bacterias, que pueden ser cruciales para la vida de las personas. (21)

De la misma forma, Cabedo et al. definen la higiene personal como el conjunto de medidas que optan las personas para la limpieza y cuidado de su cuerpo, con el fin de prevenir enfermedades, para mejorar la salud. Son varios los hábitos que comprenden la higiene personal: lavado de manos diaria, antes y después de ir al baño, antes de manipular los

alimentos; cuidado personal diario como el bañarse, cambio de ropa y cepillado de dientes, entre otros. (22)

Es importante tener en cuenta que la clave para mejorar las prácticas de higiene entre las personas y niños consiste en promover estrategias de higiene personal entre familias, escuelas y comunidades. Por tal razón la UNICEF dirige una serie de campañas que tienen por objetivo motivar, informar y educar a familias y niños acerca de buenas prácticas de higiene.

Agua y saneamiento

Para Romero et al, el agua es sin duda el segundo factor más importante para el ser humano; es usada para muchas finalidades y en cada caso se requiere una calidad particular debido a que de esta dependen el lavado de ropa y alimentos, la higiene de las personas y evacuar desechos. De tal forma es fundamental contar con abastecimiento de agua, especialmente para el uso doméstico que es el más exigente, en términos de calidad y seguridad del suministro, pues dependiendo de la calidad del agua se verá afectada o beneficiada la salud humana. (23)

Por otra parte, para Forero et al, (24) el saneamiento se concibe como la provisión de instalaciones y servicios que permiten eliminar de manera segura la orina y las heces. Se ha comprobado que el adelanto que ha presentado el saneamiento tiene consecuencias positivas y significativas en la salud de las personas; es decir, es el sostenimiento de ambientes óptimos de higiene gracias a servicios como la recogida de basura y la evacuación de aguas residuales. El acceso al agua potable y al saneamiento adecuado según Meneses, son los recursos más importantes de la salud pública para prevenir las enfermedades infecciosas y proteger la salud de las personas, además de ser esenciales para muchas familias o comunidades, ya que conforme sea el acceso a esta, va a depender la calidad del alimento (25). La OMS abrió una cuenta especial para ayudar a los gobiernos a crear abastecimientos de agua potable con el fin de contribuir positivamente al bienestar de la población y a la salud pública.

En este mismo sentido Acosta et al, expresan que el agua y el saneamiento son importantes para los seres humanos, y que deben ser garantizados

como un derecho fundamental de todas las personas, donde todos deben verse beneficiados por el suministro de agua limpia y potable, la cual ayudara a prevenir muchas enfermedades y a detener los fallecimientos en niños menores de cinco años (26).

Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias.

Para Sánchez et al, el conocimiento representa aprender a profundidad sobre un objeto. El conocimiento, entonces, es una forma continua de aprender, de educarse; podría por tanto decirse que este hace referencia al procesamiento del pensamiento verdadero, debido a que viene siendo la posibilidad del ser humano para entender por medio de la razón y la experiencia, la naturaleza, la condiciones, la forma y la relación de las cosas (27).

Por otro lado, Zúñiga, M. refiere el conocimiento como la forma de relacionarse con la realidad, una manera de descifrarla y de dar cuenta de ella; este se expresa en requisitos que describen objetos, situaciones, características o el estado de las cosas que existen, que existieron o que podrían existir. Es decir, el conocimiento narra, expone, anuncia, y puede describir un hecho o la importancia de la alimentación, explicar de qué forma ocurre y bajo qué condiciones se podría producir ésta en una circunstancia similar en el futuro (28).

En cuanto a las actitudes alimentarias pueden ser definidas como el comportamiento que tienen las personas, madres o cuidadores frente a la alimentación según sus ideologías, inclinaciones, sentimientos, y la relación con la preparación y el consumo de comidas; es decir, conductas alimentarias positivas o negativas y procedimientos de riesgo que puedan generar trastornos de la alimentación que influyen en la calidad de vida de los niños. Irala et al, indican que las prácticas alimentarias pueden ser conductas o posiciones que toman las madres o cuidadores ante la alimentación, pero existe la posibilidad de que estas prácticas se conviertan en hábitos alimenticios autónomos, es decir, que esas prácticas se vuelvan consientes en el transcurso del tiempo en los niños, lo cual aumenta la dificultad de eliminarlos permitiendo de esta forma que perduren de generación en generación; deben prevalecer unas buenas practicas

alimenticias, instaurando una buena alimentación (29). La práctica alimentaria se define como un ejercicio reiterado y tradicional. Es la acción diaria de ejecutar el proceso de cocción de alimentos, por esta razón es llamada práctica alimentaria porque todos los días al menos una persona de la familia, entra a la cocina con el propósito de cocinar, en este proceso es indispensable el proceso de limpieza de manos y de los alimentos.

Finalmente, la importancia de los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias radica en saber emplear esa información que es adquirida por las madres y cuidadores a lo largo de su vida, por medio de sus experiencias, generando así comportamientos y actuaciones frente a la alimentación de sus infantes y generando así una alimentación fortificada y nutritiva o en su defecto una alimentación poco favorable que permita o no al infante desarrollar todas sus destrezas sensoriales, cognitivas y comunicativas. Por tanto, es fundamental, conocer sobre la alimentación, las pautas, las proporciones y la cantidad de vitaminas y calorías que presenta cada alimento para así preparar un buen alimento que será más adelante suministrado a los niños y niñas, instaurando así todos aquellos beneficios alimenticios, que estos requieren para su adecuado proceso de crecimiento y desarrollo integral.

Madres FAMI

Es un programa del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), encargado de trabajar con los hogares comunitarios; se trabaja con mujeres líderes de la comunidad, quienes son las madres FAMI. Ellas trabajan desde sus casas con mujeres gestantes y lactantes, y con hijos menores de dos años. El programa las orienta en su autocuidado durante la etapa de gestación, les brinda herramientas sobre pautas de crianza para sus hijos, estrategias para el manejo del conflicto en la familia, orientación y formación en salud sexual y reproductiva. Con el propósito de capacitarlas en conocimientos y prácticas; estas trabajan para su comunidad mediante charlas y talleres. El servicio de atención está conformado para apoyar a doce a quince familias en desarrollo, para mejorar aspectos psico-emocionales, afectivos, nutricionales, mejoramiento de prácticas alimenticias. Va dirigido a las familias de la comunidad, especialmente a las madres gestantes, en periodo de lactancia y en niños menores de dos años.

Elementos estructurales de la alimentación

El cuidado del niño y la niña no se puede separar de la cultura, de la educación y del amor de la familia y los cuidadores; dentro de este proceso la Constitución Política de Colombia (1991) en su artículo 44, enuncia que es un derecho imprescindible de los niños y niñas, la alimentación nutritiva y equilibrada como destreza para certificar su proceso armónico e integral para su crecimiento y desarrollo (31). Así mismo la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional –CONPES 2847 de 1996–, estableció como principal objetivo una estrategia para favorecer el aumento de los contextos alimenticios y nutricionales de la población colombiana; en pocas palabras esta política busca que todo ser humano tenga el derecho de alimentarse, evitando así padecer hambre; por otra parte esta no solo busca que las personas se alimenten, sino también trabaja en pro del mejoramiento de la concientización a la comunidad sobre los elementos básicos que influyen en una alimentación saludable y nutritiva como: la salud, la educación, la cultura, y el saneamiento básico, asimismo el reconocimiento de esos factores que trabajan en pro de una buena alimentación. (32)

Por otro lado, la Ley 12 de 1991, a través de la cual se decreta el Convenio sobre los Derechos del Niño, amparada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, en la cual se afirma que la familia es uno de los componentes principales para el desarrollo y bienestar de la sociedad, fundamentalmente de los niños los cuales deben ser amparados, y atendidos para su crecimiento integral, además de indicar que todos los niños sin distinción alguna, tienen la posibilidad de ingresar a una institución, de recibir la alimentación necesaria con los nutrientes oportunos, estar protegidos por las autoridades, y recibir todos los cuidados pertinentes para un desarrollo infantil completo en el cual no se prive al infante de obtener todos los beneficios que posee como niño (33).

Es así como en los artículos 136 y 137 de la Ley 1450 de 2011, se utilizaron métodos como priorizar un presupuesto para la atención integral de la primera infancia; fue nombrada como “De Cero a Siempre” y su objetivo es legalizar y proteger el progreso de los niños y de las niñas en este periodo de crecimiento, incluyendo los aspectos primordiales que requieren poseer los infantes para un óptimo desarrollo en el transcurso

de su vida. Además de la implementación de un esquema que permitirá la sostenibilidad de maniobras y la ampliación gradual de la cobertura con calidad, en las cuales se dará prioridad a establecimientos conocidos como hogares comunitarios en los cuales se prestará el servicio en zonas rurales por parte de madres comunitarias, para apoyar el proceso de desarrollo de los niños, buscando que estos adquieran en sus primeros años de vida, que son los más cruciales, la estimulación, la nutrición y el aprendizaje necesario para emprender lo que en el transcurso de su subsistencia se presente (52).

La estrategia nacional “De Cero a Siempre” incluida en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, tiene la responsabilidad de mejorar las prácticas alimentarias de las niñas y niños, con prioridad definida a los menores de dos años, a través de mediaciones que prevalezcan el aumento del estado nutricional de las mujeres en edad fértil, las gestantes y las madres en lactancia, buscando la práctica de la lactancia materna como alimento irremplazable para los neonatos, recién nacidos y lactantes, la alimentación complementaria proporcionada a partir de los seis meses, la suplementación con micronutrientes, la fortificación de alimentos, la variación de la dieta de los domicilios y la equidad entre los géneros; asimismo trabaja en el desarrollo de un país seguro, con paz, disminuyendo el índice de pobreza y aumentando el personal capacitado y educado con el fin de generar progresos en la sociedad colombiana (52).

A partir del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 se pretende optimizar los entornos de vida y reducir la carga de enfermedades existente, busca además reducir la mortalidad, la morbilidad y las discapacidades evitables. Por otra parte, se encarga de consolidar la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales de las personas; en palabras más claras este plan explora como satisfacer todas las necesidades de salud pública necesaria para los entornos sociales, buscando los ideales de salud, a través del mejoramiento continuo de la interacción de los sectores, armonizando e integrando los recursos y obligaciones con el fin de impactar sobre los determinantes sociales, económicos y la intervención social en salud. (35)

Materiales y métodos

En la búsqueda de artículos relacionados con los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias en poblaciones vulnerables, se utilizaron las siguientes bases de datos Scopus, Scielo, Redalyc, Doaj, Ebsco, Dialnet, Springer, Oxford, Dspace, Scholar Google, Cambridge, repositorios de las universidades (UFASTA – UNITRU – UPAO – Javeriana – UNAN – USMP – UDC); usando las combinaciones de palabras claves como: alimentación, conocimientos, actitudes y prácticas en alimentación, lactancia materna, alimentación complementaria, CAP en lactancia materna, CAP en alimentación complementaria, infantil, madres gestantes. Para su búsqueda en inglés y portugués se utilizó el tesoro DeCS: nutrition, knowledge, attitudes and practices in feeding, breastfeeding, complementary feeding, CAP in breastfeeding, CAP in complementary feeding, infant, pregnant mothers, nutrição, conhecimento na alimentação, atitudes na alimentação, práticas na alimentação, amamentação, alimentação complementar, PAC na amamentação, PAC na alimentação complementar, lactente, gestantes.

Para los artículos presentes en la investigación, la selección fue limitada a las publicaciones más recientes, un tiempo no mayor a diez años (2010 – 2020); cabe resaltar que se realizó la revisión de las referencias bibliográficas presentes en los documentos. Para la búsqueda de los artículos se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión, los cuales fueron:

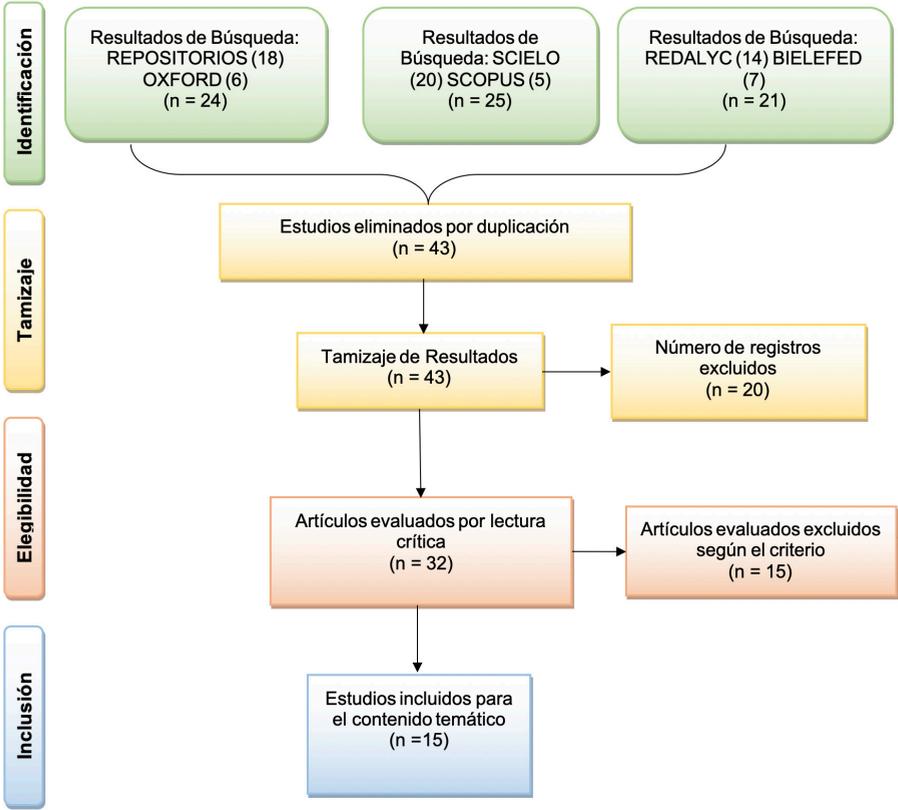
Criterios de inclusión:

- Artículos originales producto de proyectos de investigación
- Artículos relacionados a la búsqueda de alimentación en niños
- Artículos publicados en los idiomas inglés, español y portugués

Criterio de Exclusión

- Artículos con período de publicación mayor a diez años
- Artículos de investigación de alimentación no relacionados a conocimientos, actitudes y prácticas.

Figura 1. Matriz Prisma para la selección de artículos de la muestra.

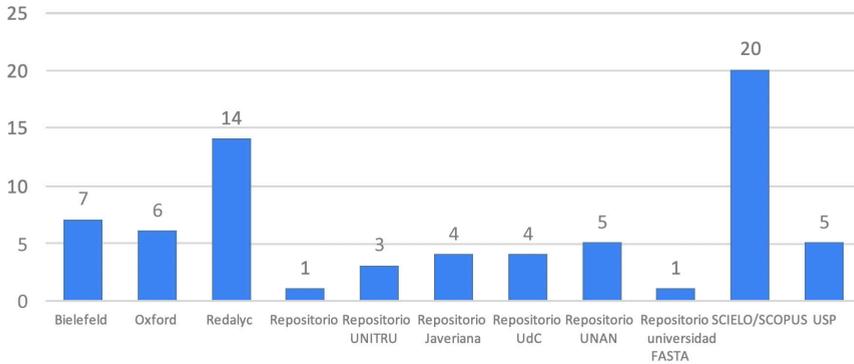


Fuente: Elaboración propia.

A partir de los resultados de la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y repositorios, se obtuvieron 70 documentos (artículos y tesis, figura 1), los cuales cumplen con los criterios de inclusión para ser tenidos en cuenta en esta investigación, así mismo se suprimieron artículos por lectura crítica y aquellos duplicados en varias bases de datos. Teniendo en cuenta así para la presentación del documento quince artículos incluidos para el contenido temático.

Principales hallazgos

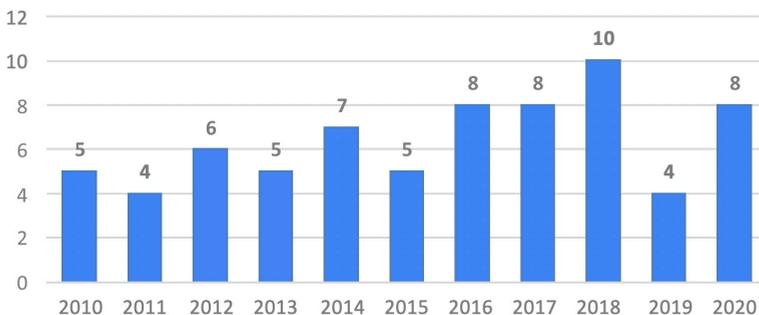
Gráfico 1. Número de artículos por base de datos.



Fuente: Elaboración propia.

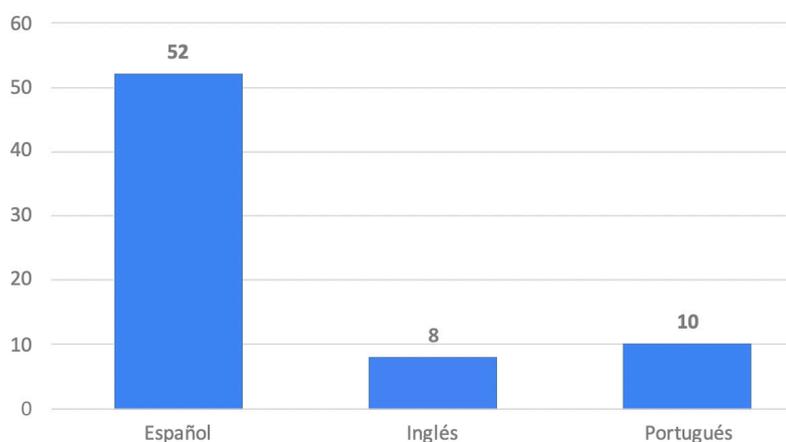
En relación con el número de artículos consultados según las bases de datos, la información presentada en el gráfico 1 permite afirmar que la más empleada es SciELO con 20 documentos, le siguen Redalyc con 14, Bielefeld con 7 y Oxford con 6.

Gráfico 2. Número de artículos publicados por año.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la producción de artículos por año, según el gráfico 2, el mayor número de publicaciones se realizó en el año 2018 (con diez artículos), en los años 2016, 2017 y 2020 se publicaron ocho artículos.

Gráfico 3. Número de artículos publicados según el idioma.

Fuente: Elaboración propia.

Según la gráfica 3, el idioma con más publicaciones fue el español con 52 artículos, 8 en inglés y 10 en portugués.

Tabla 1. Revisión de artículos.

Titulo Artículo	Autor/es	Base de datos / fecha de publicación	Palabras claves	Tipo de Estudio	Resultados
Knowledge, attitudes and practices of grandmothers related to breastfeeding: a meta-synthesis.	De Brito Angelo, BH, Pontes, CM, Sette, GCS & Leal LP.	SCIELO Febrero /2020	Conocimientos en salud; actitudes, práctica; abuelos; lactancia materna; Investigación cualitativa; enfermería; educación para la salud	Estudio cualitativo	Las abuelas conocen los beneficios de la LM, la importancia de una dieta especial y una adecuada hidratación para la producción de leche de buena calidad, pero informan deficiencias en el tratamiento de las complicaciones mamarias y la necesidad de complementar la leche materna antes del sexto mes de vida.

De la lactancia materna a la alimentación complementaria:
Investigaciones, experiencias e intervenciones en profesionales de salud

Título Artículo	Autor/es	Base de datos / fecha de publicación	Palabras claves	Tipo de Estudio	Resultados
Practice of breast feeding in quilombola communities in the lightof transcultural theory.	Martins L. Oliveira R. Camargo C. Aguiar A. Santos D. Whittaker M. & Souza J.	SCIELO Junio / 2020	Lactancia materna; salud de los niños; poblaciones vulnerables; enfermería transcultural; política pública	Estudio con enfoque metodológico cualitativo	Se observaron malas prácticas y conocimientos, debido a que muchas madres suministran papillas desde el primer mes de vida, además se evidenció que los mitos y costumbres culturales intergeneracionales interfieren con la práctica de la LM.
Práticas de aleitamento materno de crianças menores de dois anos de idade com base em indicadores da Organização Mundial da Saúde.	Saldan P. Venancio S. Saldiva R. Pina J. & Mello D.	DOAJ Agosto / 2015	Lactancia materna; indicadores; infantil	Estudio transversal	Las prácticas de LM mostraron una mala o muy mala situación para la práctica de la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses, continuidad de la lactancia materna (un año, dos años y duración media de la lactancia materna), lactancia materna a una edad adecuada y uso de biberón.
Conocimientos, Actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años.	Parada D.	Repositorio UFPS Marzo/2016	Alimentación del menor, cuidador, micronutrientes	Estudio descriptivo cuantitativo	En la región se presenta el tipo de desnutrición aguda, que puede ser originada por una deficiente dieta alimentaria debido a múltiples causas directas e indirectas como desconocimiento de los macro y micronutrientes requeridos en esta etapa del niño.
Assessment of eating attitudes and dieting behaviors in healthy children: Confirmatory factor analysis of the Children's Eating Attitudes Test.	Murphy T, Hwang, H, Kramer M, Martin R, Oken E & Yang S.	EBSCO Junio / 2019	Actitud, comer, análisis factorial, niño, psicología	Análisis factorial	Al implementar un Análisis factorial confirmatorio que incluyó una población de niños, entre los 10 y 14 años, de los cuales 15 niños presentaban un índice de masa corporal IMC mayor del esperado para su edad; debido al alto consumo de calorías, desórdenes alimenticios y evidente falta de conocimiento y buenas prácticas por parte de los padres o cuidadores.

Título Artículo	Autor/es	Base de datos / fecha de publicación	Palabras claves	Tipo de Estudio	Resultados
Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria en Latinoamérica.	Fidel M, Zúñiga S, Holguín C, Mamián A. & Noguera M	DIALNET 2017	Nutrición infantil, alimentación complementaria, niños, destete, conocimientos.	Revisión narrativa	En Latinoamérica, lamayoría los estudios muestra un nivel de conocimientos maternos intermedio sobreAC. En Colombia, es difícil establecer un grado de conocimiento de la corriente de alimentación complementariadebido a la falta de estudios.
Nivel de conocimientos sobre alimentación y prácticas alimentarias de madres de preescolares.	Ferrel C & García M.	Repositorio UNITRU Junio /2016	Conocimiento, prácticas alimentarias, preescolares	Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal	El 26.7% de las madres de preescolares que participaron en el estudio tienen alto nivel de conocimiento sobre alimentación, el 36.7% nivel bajo; los resultados son similares a los encontrados por durante el 2008
Factores culturales y sociales asociados a la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de San Basilio de Palenque, 2018.	Covilla, M, Morelo Castro, N, Morelos L & López R.	Repositorio UdC 2018	Lactancia materna, factores culturales, conocimiento, crecimiento y desarrollo.	Estudio cuantitativo correlacional transversal.	Los factores culturales relacionados con los conocimientos de las madres que se asociaron a la práctica de lactancia fueron: la LME no debe prolongarse más de seis meses; todas las mujeres están preparadas para dar de lactar y con relación a las creencias, el dar seno genera dependencia a los bebés.
Factors influencing the age of complementary feeding: a cross-sectional study of two European countries.	Zielinska M, Rust P, Masztalerz D, Bichler, J & Hamułka J.	PMC Octubre /2019	Lactancia materna, alimentación complementaria, alimentación infantil, introducción a sólidos, lactantes prematuros, factores de riesgo, destete.	Estudio transversal	Se identificaron importantes determinantes maternos; los factores asociados con el momento inadecuado de la introducción de la AC fueron la edad materna más joven, nivel de educación, el parto prematuro, la falta de iniciación a la lactancia materna y la alimentación con fórmula.

De la lactancia materna a la alimentación complementaria:
Investigaciones, experiencias e intervenciones en profesionales de salud

Título Artículo	Autor/es	Base de datos / fecha de publicación	Palabras claves	Tipo de Estudio	Resultados
Influencia de la alimentación en el aprendizaje en zonas rural y urbana.	De Paz, V & Hernández I.	BIELEFELD julio 14 2017	Instrumentos de evaluación, estadística, retraso, aprendizaje	Estudio comparativo descriptivo	La desnutrición sigue siendo una de las principales problemáticas que aquejan al país y que a pesar de los esfuerzos por erradicarla aún no se logra, por esta razón el gobierno ha adoptado estrategias y medidas de prevención que les permitan brindar a la población estudiantil los nutrientes necesarios que los protejan de enfermedades que puedan interferir en el desarrollo físico y cognitivo.
Prevalence of Breastfeeding in Huelva, duration and related	Burguillo M. Campos Z. Pedregal M, Muñoz M, & Álvarez M.	SCIELO octubre 2016	Lactancia; lactancia materna, prevalencia, centros de salud.	Estudio observacional descriptivo	La prevalencia de LM es baja con respecto a lo esperado por los datos nacionales y la duración no es la misma a la establecida por la OMS aunque los niveles educativos de la madre favorecen a la duración de LM.
Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers.	Mogre V. Dery M & Gaa P.	Springer Mayo /2016	Lactancia materna exclusiva, lactantes, niños menores de cinco años, madres lactantes, rural, Ghana	Estudio Transversal	El conocimiento y las actitudes de las madres hacia la LME fueron favorables, pero la práctica de la LME fue sub óptima. El conocimiento de la LME, la edad del niño y el nivel de educación de la madre son determinantes importantes de la práctica de la LME.
Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de tres años en una comunidad de Lima.	Gamarra R, Porroa M & Quintana, M.	SCIELO Octubre 2010	Conocimiento; actitud; percepción; alimentación; niño.	Estudio observacional descriptivo.	El 65% estuvo en total acuerdo con la LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, 63% estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria. La mayoría percibía que la LM debía ser hasta dos años, porque ayuda a la formación de órganos y para que el niño crezca sano; la AC se inicia a los seis meses.

Título Artículo	Autor/es	Base de datos / fecha de publicación	Palabras claves	Tipo de Estudio	Resultados
Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados.	Silva L. Venancio S. & Marchioni D.	SCIELO Diciembre /2010	Lactancia materna, alimentación complementaria, hábitos alimenticios, nutrición infantil.	Estudio Descriptivo	Los factores asociados a la alimentación complementaria: baja prevalencia de LM exclusiva y consumo temprano de alimentos sólidos propenso a desencadenar enfermedades crónicas a futuro; sus factores fueron sistema de salud; edad materna; trabajo materno y uso de chupete.
Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses en el Centro de Salud "Baeza" 2016.	López K.	GOOGLE SCHOLAR octubre /2016	Madres, alimentación complementaria, niños	Estudio descriptivo	Existe un alto conocimiento sobre la correcta manera de alimentación en el niño, formas de preparación.

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El adecuado crecimiento del niño va a depender de la importancia sobre buenos conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias, debido a que la base de todo proceso de desarrollo del ser humano es una adecuada alimentación; además, es pertinente aclarar o desechar aquellos mitos que interrumpen que se lleve a cabo un proceso de alimentación, ya sea lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, o una alimentación diversificada rica en vitaminas, puesto que estos favorecen los adecuados procesos de aprendizaje de los niños a futuro.

Por otro lado, se buscó destacar la importancia de los conocimientos, actitudes y prácticas, debido a que permitirán un adecuado proceso de

lactancia en los primeros años de vida; este proceso estimula todas las estructuras que intervienen en el habla, permitiendo colocar en función los músculos orofaciales y todas las estructuras estomatognáticas, facilitando así el desarrollo de la triada (succión, respiración y deglución).

De esta misma forma la alimentación complementaria es un interés particular, que debe dar inicio según la edad adecuada, lo cual permite acceder al cumplimiento de los hitos de alimentación en los niños y al uso de utensilios en el proceso de alimentación, que de acuerdo a la bibliografía, será una base para establecer sus habilidades motoras y comunicativas; de acuerdo a lo anterior, se deberán sumar los comportamientos que deben poseer los cuidadores frente a la alimentación; es así como Gahagan, plantea que todo niño posee una actitud frente a la alimentación y de esta misma dependerá que el consumo sea adecuado y nutritivo. (51)

Por otra parte, es necesario reconocer que luego de suministrar todos los nutrientes necesarios en el infante y llegar a la etapa de la alimentación diversificada, una buena proporción de vitaminas y proteínas permitirá en el niño el desarrollo óptimo de los dispositivos básicos de aprendizaje (atención, memoria, motivación, percepción, concentración) garantizando un crecimiento integral del infante; de no ser así este no logra desarrollar sus habilidades y a su vez estará más propenso a desencadenar infecciones o enfermedades ya que no gozará de los nutrientes necesarios (20).

En concordancia, el profesional de Fonoaudiología busca desde su quehacer apoyar a las madres y cuidadores en el proceso de estimulación de estructuras oro faciales, capacitar sobre los beneficios de la lactancia materna, indicar a qué edades y de qué forma suministrar el alimento, guiar sobre el proceso de hitos del desarrollo, e intervenir en todos los procesos que atribuyan positivamente desde la alimentación a un buen funcionamiento de los músculos que participan en la comunicación y optimizando el desarrollo, motor, sensorial y comunicativo.

Es así, como de acuerdo a los CAP se realizó una revisión de diferentes publicaciones, artículos, tesis en diferentes bases de datos y repositorios en los cuales se encontraron artículos que abordaban esta temática, encontrándose en algunos de éstos resultados como por ejemplo: a nivel nacional en San Basilio de Palenque se encontró que la práctica de lac-

tancia materna es adecuada en el 87%, y un 40% en cuanto a conocimientos indican que desconocen la práctica de LM; y de acuerdo a las actitudes frente a la LM: el 22% fue neutral, 6,2% positiva hacia la lactancia con biberón, y positiva hacia la lactancia materna 71,8 %.

Por otro lado, a nivel internacional en Brasil se evidencia que el 79,3% de los niños evaluados, a pesar de que inician una lactancia materna a una edad temprana y netamente exclusiva, la práctica usada para realizar el acto de amamantar y la prevalencia son muy malas debido a que muchas usaban biberón durante el amamantamiento (51,5%) para niños de 6 a 23 meses; por lo tanto, se ven en la necesidad de realizar un seguimiento con ayuda de la salud pública y todas las acciones que aporten a mejorar a nivel estatal y nacional las prácticas en lactancia materna, y así reducir sus consecuencias debido a estas mismas. Mientras que, en Alto Trujillo, Perú, se aborda esta temática y se registra una práctica adecuada del 80.0% de las madres, y el nivel de conocimiento sobre la alimentación es de 36.7%; concluyendo que sí existe una relación adecuada entre las prácticas y conocimientos de las madres que participaron en este estudio. (52)

Conclusiones

Finalmente, y a partir de los anteriores artículos se pudo evidenciar el gran impacto positivo que presentan los fonoaudiólogos en el proceso de alimentación y así mismo en los CAP de las madres y cuidadores, fortaleciendo así todo el proceso de los músculos que intervienen en el habla y así mismo permitiendo un desarrollo integral del niño, instaurando en ellos habilidades sensoriales, motoras y comunicativas que van a influir en el transcurso de su proceso de desarrollo comunicativo, cognitivo y en el aprendizaje significativo a lo largo de su vida.

Referencias bibliográficas

1. Urquía N. La seguridad alimentaria en México. Salud pública de México, 2014, vol. 56, p. s92-s98.
2. Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Revista chilena de pediatría, 2012, vol. 83, no 2, p. 161-169.

3. Departamento Nacional de Planeación. Seguridad alimentaria y nutricional. [Internet]. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/politicas-sociales-transversales/Paginas/seguridad-alimentaria-y-nutricional.aspx>
4. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana. 31 de agosto de 2018. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
5. Arboleda L et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el consumo de sal/sodio en niños del departamento de Antioquia, Colombia. Revista chilena de nutrición, 2020, vol. 47, no 1, p. 97-104.
6. Gamarra R, Pora M, Quintana M. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima, Revista Scielo; An Fac med. 2010; 71(3):179-83.
7. Pinzón V, Piedad D, González Q, Paulina I. Conocimientos y prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud N° 3 de la ciudad de Loja, 2015, [Internet]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/12276>
8. García Y. Actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el centro de salud Perú; 2015. [Internet]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000200003
9. Ajete S. Conocimiento, actitudes y prácticas alimentarias de madres con niños de 6 a 24 meses en Cuba. Revista Salud Pública y Nutrición, 2018, vol. 16, no 4, p. 10-19.
10. Parada D. Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años. Revista Ciencia y Cuidado, 2011, vol. 8, no 1, p. 29-39.
11. Sastoque N et al. Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de padres de familia de beneficiarios de un Hogar Infantil. ICBF. Localidad de Suba. [Internet]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/46202>
12. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Mejorar la nutrición infantil, abril 2003, [Internet]. Disponible en: https://www.unicef.org/Spanish_UNICEF-NutritionReport_low_res_10May2013.pdf
13. Objetivos de desarrollo sostenible. Objetivo 2: poner fin a la hambre. [Internet]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/>

14. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
15. Ministerio de Salud. Colombia: plan decenal de salud pública 2012 -2021 [internet] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
16. Gobernación de Bolívar. Plan de Desarrollo para el Departamento de Bolívar, para el periodo constitucional 2016 -2019, Bolívar si avanza [Internet]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/6302150/plan-de-desarrollo-bol%C3%ADvar-s-%C3%AD-avanza>
17. Valdivia S, Bruno A, and Romero M. “Características antropométricas maternas y del lactante, correlacionado a la concentración proteica del calostro y leche madura: un estudio longitudinal.” *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 82.2 (2017): 139-146.
18. Cervantes Cruz, RM. Conocimiento, actitud y prácticas sobre alimentación de las gestantes que acuden al Centro de Salud Micaela Bastillas Ate, 2018
19. Azabache Gordillo CP. “Relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación y las practicas alimentarias en pacientes obstétricas del hospital distrital santa Isabel-2018.” Vol. 47, p. 1
20. Serra J, Dalmau and Moreno Villares JM. “Alimentación complementaria: puesta al día.” *PEDIATRÍA* 47: e1.
21. Avalos M et al. Factores asociados con la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2016, vol. 32, no 2, p. 170-177.
22. Cabedo R et al. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. *Estudio LACTEM. Matronas profesión*, 2019, vol. 20, no 2, p. 54-61.
23. Romero E et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 2016, vol. 73, no 5, p. 338- 356.
24. Forero T. et al. La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes. *Revista chilena de pediatría*, 2018, vol. 89, no 5, p. 612-620.
25. Meneses A. Alimentación complementaria. *Revista Salud y Administración*, 2016, vol. 3, no 9, p. 61-64.

26. Acosta J et al. Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. *Revista Cubana de Pediatría*, 2018, vol. 90, no 1, p. 79-93.
27. Sánchez V et al. Evolución en los conocimientos sobre alimentación: una intervención educativa en estudiantes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 2017, vol. 44, no 1, p. 19-27.
28. Zúñiga M et al. Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria en Latinoamérica: revisión narrativa. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*, 2017, vol. 19, no 2, p. 20-28.
29. Irala P et al. Prácticas alimentarias y factores asociados al estado nutricional de lactantes ingresados al Programa Alimentario Nutricional Integral en un servicio de salud. *Pediatría (Asunción)*, 2019, vol. 46, no 2, p. 82-89.
30. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Familia Mujer e Infancia FAMI. [Internet]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/portafolio-de-servicios-icbf/familia-mujer-e-infancia-fami>
31. Constitución Política de la República de Colombia. 1991. [Internet]. Disponible en: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>
32. Consejo Nacional de Política Económica Social. República de Colombia. Política nacional de seguridad alimentaria y nutricional (PSAN). 2007. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SEGURIDAD%20ALIMENTARIA%20Y%20NUTRICIONAL.pdf>
33. Congreso de la República de Colombia. Convención internacional sobre los derechos del niño. 1991. [Internet]. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Convencion_Internacional_de_los_Derechos_del_Nino_Colombi_a.pdf
34. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF. Estrategia de atención integral a la primera infancia de cero a siempre. [Internet]. Disponible en: http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Informe-final-Estrategia_de_Cero_a_Siempre-2010-2014.pdf
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 -202. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

36. De Brito Angelo BH, Pontes CM, Sette GCS & Leal LP. Knowledge, attitudes and practices of grandmothers related to breastfeeding: a meta-synthesis. 2020. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 28.
37. Martins LA, Oliveira RMD, Camargo CLD, Aguiar ACDSA, Santos DVD, Whitaker MCO & Souza JMMD. Practice of breastfeeding in quilombola communities in the light of transcultural theory. 2020. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4).
38. Saldan P, Venancio S, Saldiva S, Pina J & Mello, D. Práticas de aleitamento materno de crianças menores de dois anos de idade com base em indicadores da Organização Mundial da Saúde. 2015. *Revista de Nutrição*, 28(4), 409-420.
39. Parada Rico DA. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años. *Revista ciencia y cuidado*, 8(1), 29-39.
40. Murphy TJ, Hwang H, Kramer MS, Martin RM, Oken E & Yang S. Assessment of eating attitudes and dieting behaviors in healthy children: Confirmatory factor analysis of the Children's Eating Attitudes Test. *International Journal of Eating Disorders*, 2019. 52(6), 669-680.
41. Fidel M, Zúñiga S, Holguín C, Mamián AM & Noguera MD. Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria en Latinoamérica: revisión narrativa Maternal knowledge about complementary feeding in Latin America: a narrative review. *Rev la Fac Ciencias la Salud Univ del Cauca [Internet]*. 2017; 19 (2): 20-8.
42. Ferrel García CJ & García Rodríguez MA. Nivel de conocimiento sobre alimentación y prácticas alimentarias en madres de preescolares. 2016
43. Covilla Pedrozo MK, Morelo Castro N I, Morelos Gaviria LP, & López Sáleme R. Factores culturales y sociales asociados a la práctica de lactancia materna exclusiva en mujeres de San Basilio de Palenque, 2018 (Doctoral dissertation, Universidad de Cartagena).
44. Zielinska MA, Rust P, Masztalerz-Kozubek D, Bichler J & Hamułka J. Factors Influencing the Age of Complementary Feeding a Cross-Sectional Study from Two European Countries. *International journal of environmental research and public health*, 2019, 16(20), 3799.
45. De Paz Navarrete VG & Hernández Carranza IE. La influencia de la alimentación en el aprendizaje. 2017

46. Burguillo MDPT, Campos ZV, Pedregal González M, Muñoz Soriano M & Álvarez Palacios M. Prevalencia de la Lactancia Materna en Huelva, duración y factores relacionados. *Enfermería global*, (2016). 15(44), 127-140.
47. Mogre V, Dery M, & Gaa PK. 2016. Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers. *International breastfeeding journal*, 2010. 11(1), 12.
48. Gamarra-Atero R, Porroa-Jacobo M & Quintana-Salinas, M. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 71, No. 3, pp. 179-184). UNMSM. Facultad de Medicina.
49. Silva LMP, Venancio SI & Marchioni DML. Complementary feeding practices in the first year of life and associated factors. *Revista de Nutrição*, 2010. 23(6), 983-992.
50. López Yaguapaz KL. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses en el centro de salud Baeza 2016 (Bachelor's thesis).
51. Gastañaga M. Agua, saneamiento y salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2018;35(2):181-2. doi: 10.17843/rpmesp.2018.352.3732
52. Congreso de la Republica de Colombia. (2012). Ley 1450 de 2011. Bogotá

Acerca de los autores

About the authors

Grupo de docentes

Pilar Andrea Guzmán Sánchez

© <https://orcid.org/0000-0003-1390-0350>

✉ pilar.guzman00@usc.edu.co

Fonoaudióloga – Universidad Santiago de Cali. Diplomada en Intervención terapéutica desde el neurodesarrollo – Universidad Santiago de Cali, magíster en Patologías del habla y lenguaje – Universidad Especializada de las Américas Docente universitaria – Universidad Santiago de Cali. Coordinadora de semillero de investigación LACTAC – Universidad Santiago de Cali.

Mariana Larrahondo Gómez

© <https://orcid.org/0000-0001-9611-005X>

✉ mariana.larrahondo01@usc.edu.co

Fonoaudióloga – Universidad Santiago de Cali. Especialista en Gerencia en Salud – Universidad de Cartagena, magíster en Salud Pública – Pontificia Universidad Javeriana. Directora de programa académico de fonoaudiología – Universidad Santiago de Cali.

Jennifer Palacios Lenis

© <https://orcid.org/0000-0002-3691-5339>

✉ jennifer.palacios01@usc.edu.co

Fonoaudióloga – Universidad Santiago de Cali. Magister en Psicología de la Salud – Pontificia Universidad Javeriana Docente universitaria – Universidad Santiago de Cali. Coordinadora de semillero de investigación LENDIS – Universidad Santiago de Cali.

Bernarda Leones Araque

© <https://orcid.org/0000-0002-5864-0380>

✉ bernarda.leones@usbctg.edu.co

Fonoaudióloga – Universidad San Buenaventura de Cartagena, magíster en Neuropsicología y educación – Universidad de la Rioja Docente universitaria

– Universidad San Buenaventura de Cartagena. Líder del Semillero de Investigación SICS – Universidad San Buenaventura de Cartagena.

Regina Domínguez Anaya

© <https://orcid.org/0000-0001-8752-0479>

✉ rdominguez@usbctg.edu.co

Fisioterapeuta – Universidad Metropolitana. Especialista en Epidemiología - Fundación Universitaria Juan N. Corpas Especialista en Educación - Universidad Santo Tomas. Magíster en Seguridad y Salud en el Trabajo - Universidad San Buenaventura de Cartagena Docente universitaria – Universidad San Buenaventura de Cartagena.

Grupo de egresadas

Cynthia Lineth Ramirez Cartagena

© <https://orcid.org/0000-0001-6256-8740>

✉ cynthia.ramirez00@usc.edu.co

Fonoaudióloga – Universidad Santiago de Cali. Diplomada en Intervención terapéutica desde el neurodesarrollo – Universidad Santiago de Cali, Especialista en Cuidado crítico – Corporación Universitaria Iberoamericana.

Tatiana Medina Cortés

© <https://orcid.org/0000-0003-3657-0841>

✉ tatimedina48@gmail.com

Fonoaudióloga – Universidad Santiago de Cali. Especialista en Cuidado crítico – Corporación Universitaria Iberoamericana.

Daniela Álvarez Orozco

© <https://orcid.org/0000-0003-3536-4149>

✉ dansol1325@gmail.com

Fonoaudióloga – Universidad San Buenaventura de Cartagena. Integrante del Semillero de Investigación SICS – Universidad San Buenaventura de Cartagena.

Yissel Paola Barrios Zabaleta

© <https://orcid.org/0000-0002-7252-7755>

✉ yiselbarrioszabaleta@gmail.com

Fonoaudióloga – Universidad San Buenaventura de Cartagena. Integrante del Semillero de Investigación SICS – Universidad San Buenaventura de Cartagena.

Tatiana Carolina Bossa Mendoza

© <https://orcid.org/0000-0002-4702-0581>

✉ tatycaro98@hotmail.com

Fonoaudióloga – Universidad San Buenaventura de Cartagena. Integrante del Semillero de Investigación SICS – Universidad San Buenaventura de Cartagena.

Yurika De Jesús Pájaro Bello

© <https://orcid.org/0000-0003-2533-1087>

✉ yurikapajaro@gmail.com

Fonoaudióloga – Universidad San Buenaventura de Cartagena. Integrante del Semillero de Investigación SICS – Universidad San Buenaventura de Cartagena.

Andrea Katerine Barrios Leones

© <https://orcid.org/0000-0003-0336-4320>

✉ andreabarrios007@gmail.com

Fonoaudióloga – Universidad San Buenaventura de Cartagena. Integrante del Semillero de Investigación SICS – Universidad San Buenaventura de Cartagena.

Claudia Sofía Álvarez Rossi

© <https://orcid.org/0000-0002-9222-2924>

✉ sofiaalvarezrossi@gmail.com

Fisioterapeuta – Universidad San Buenaventura de Cartagena.

Henzer Javier Cabarcas Dickens

© <https://orcid.org/0000-0002-3891-6474>

✉ henzer9609@hotmail.com

Fisioterapeuta – Universidad San Buenaventura de Cartagena.

Rosa Aura Mendoza Ballesteros

© <https://orcid.org/0000-0003-0761-7997>

✉ romeba_1992@hotmail.com

Fisioterapeuta – Universidad San Buenaventura de Cartagena.

Vanessa Bedoya Mejía

© <https://orcid.org/0000-0003-1758-5511>

✉ vanessabeme@hotmail.com

Fisioterapeuta - Universidad San Buenaventura de Cartagena. Integrante del Semillero de Investigación SICS – Universidad San Buenaventura de Cartagena.

Janeris Díaz Del Toro

© <https://orcid.org/0000-0002-1530-933X>

✉ janerisdiaz1811@hotmail.com

Fisioterapeuta - Universidad San Buenaventura de Cartagena. Integrante del Semillero de Investigación SICS – Universidad San Buenaventura de Cartagena.

Fayzury Sánchez Fernández

© <https://orcid.org/0000-0002-3234-6706>

✉ fsanchezf29@gmail.com

Fisioterapeuta - Universidad San Buenaventura de Cartagena. Integrante del Semillero de Investigación SICS – Universidad San Buenaventura de Cartagena.

Grupo de estudiantes

Anjhi Erazo Lasso

© <https://orcid.org/0000-0002-2449-1823>

✉ anjhi.erazo00@usc.edu.co

Fonoaudióloga en formación - Universidad Santiago de Cali. Integrante de semillero de investigación LACTAC – Universidad Santiago de Cali.

Juliana Solis Estacio

© <https://orcid.org/0000-0003-2904-2274>

✉ juliana.solis00@usc.edu.co

Fonoaudióloga en formación - Universidad Santiago de Cali. Integrante de semillero de investigación LACTAC – Universidad Santiago de Cali.

PARES EVALUADORES

Peer evaluators

Marcela América Roa

Investigador Asociado (I)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1481-211X>

Universidad de Boyacá

Jean Jader Orejarena

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0401-3143>

Universidad Autónoma de de Puebla, México

Mildred Alexandra Vianchá Pinzón

Investigador Asociado (I)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9438-8955>

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Alexander Luna Nieto

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9297-8043>

Fundación Universitaria de Popayán

David Leonardo Quitián Roldán

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2099-886X>

Uniminuto, Villavicencio.

Jairo Vladimir Llano Franco

Investigador Senior (IS)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4018-5412>

Universidad Libre de Colombia - Seccional Cali

Nelson Contreras Coronel

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2264-8225>

Universidad Tecnológica de Pereira

Hoover Albeiro Valencia Sánchez

Investigador Asociado (I)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9193-2089>

Universidad Tecnológica de Pereira

Ricardo Antonio Torres Palma

Investigador Senior (IS)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4583-9849>

Universidad de Antioquia, Medellín

Luis Alfredo González Monroy

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7249-4677>

Universidad del Magdalena

Jorge Ladino Gaitán Bayona

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9539-4660>

Universidad del Tolima

Maury Almanza Iglesia

Investigador Senior (IS)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3880-4683>

Universidad Simón Bolívar de Barranquilla

Distribución y Comercialización

Distribution and Marketing

Universidad Santiago de Cali
Publicaciones / Editorial USC

Bloque 7 - Piso 5

Calle 5 No. 62 - 00

Tel: (57+) (2+) 518 3000

Ext. 323 - 324 - 414

✉ editor@usc.edu.co

✉ publica@usc.edu.co

Cali, Valle del Cauca

Colombia

Diagramación

Design & Layout by

Juan Diego Tovar Cardenas

librosusc@usc.edu.co

Cel. 301 439 7925

Este libro fue diagramado utilizando fuentes tipográficas Literata en sus respectivas variaciones a 10 puntos en el contenido y Fira Sans para capitulares a 17 puntos.

Impreso en el mes de mayo de 2021,
se imprimieron 100 ejemplares en los
Talleres de SAMAVA EDICIONES E.U.

Popayán - Colombia

Tel: (57+) (2) 8235737

2022

Fue publicado por la Facultad de Salud de
la Universidad Santiago de Cali.

“A través de la lactancia materna, la madre expresa el amor a su hijo, ese ser sutil que ansía sentir el cuerpo de su madre, su aroma, escucharla, mirarla, es un medio de comunicación entre los dos”.

Graciela Matiz de Luna.

Es muy grato presentar este proyecto, que responde a las discusiones desarrolladas en las aulas de clase; su efecto trascendió a las prácticas, a los procesos de investigación formativa y a experiencias profesionales a partir del contacto y las experiencias con las madres y sus hijos en el comienzo del proceso alimenticio. Es una invitación a la exploración de los conocimientos, las prácticas y actitudes frente a la lactancia materna desde una mirada interdisciplinaria.

Es un libro que puede ser consultado por madres, cuidadores, estudiantes y profesionales del área de la salud, al brindar orientaciones para la transición de lactancia materna exclusiva a alimentación complementaria, y así despertar la conciencia de fomentar esta práctica desde las universidades.

