

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 músculo 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

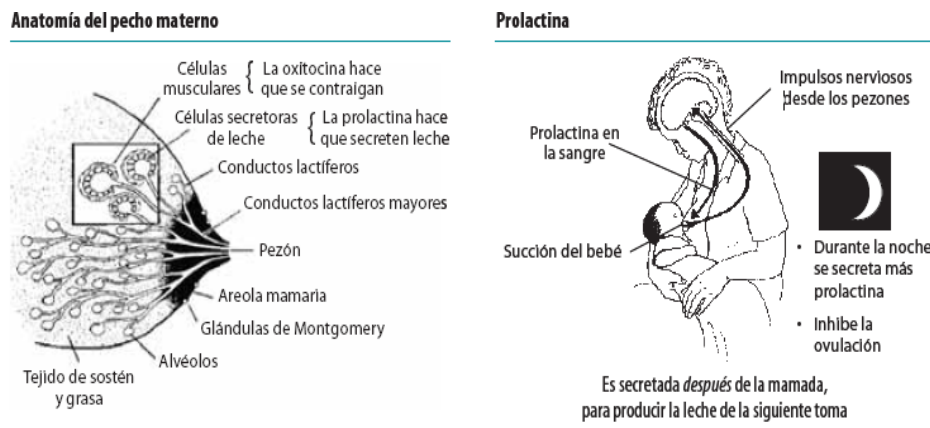
En la producción y salida de la leche se resaltan tres aspectos fundamentales: la madre y las hormonas de la lactancia (prolactina y oxitocina), el bebé con sus reflejos de búsqueda, succión y deglución para una adecuada succión y vaciado del pecho y por último una adecuada posición tanto de la madre 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>Limpia el seno antes de lactar</i>				
Sí	14	42,4	27	90,0
No	19	57,6	3	10,0
<i>Limpia 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, Cefam 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**

