



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Experiencias sobre lactancia materna en una población de madres de Bogotá, Colombia

Marcela Daza Calero

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Departamento de Pediatría
Bogotá D.C.
2014

Experiencias sobre lactancia materna en una población de madres de Bogotá, Colombia

Marcela Daza Calero
Código 05599208

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Pediatría

Director
Rafael Guerrero Lozano
Pediatra gastroenterólogo
Profesor Titular Departamento de Pediatría
Universidad Nacional de Colombia

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Departamento de Pediatría
Bogotá D.C.
2014

A mis padres,
Raquel Eugenia Calero Cruz
Federico Alejandro Daza Cruz

Agradecimientos

Personal administrativo Instituto Materno Infantil, Bogotá Colombia

Por permitir el uso de sus instalaciones para el desarrollo de las actividades con las madres.

Sara Zamora. Antropóloga. Investigadora Independiente

Por el desarrollo y conducción de los grupos focales.

Dr. Jorge Suárez Rodríguez. Investigador independiente.

Por la asesoría y ejecución del análisis estadístico.

Dra. Nubia Patricia Farías. Pediatra. Departamento de Pediatría Universidad Nacional de Colombia

Por compartir un poco de su tiempo y experiencia.

Resumen

Introducción. La lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida es una estrategia altamente efectiva para disminuir la morbimortalidad infantil. Su cumplimiento es inadecuado con prevalencias bajas. Es importante conocer factores relacionados con la baja frecuencia de esta práctica, en especial aquellos que no pueden ser identificados mediante la investigación cuantitativa.

Objetivo. Describir cómo son las experiencias de la práctica de lactancia materna (LM), en una población de madres de recién nacidos, provenientes de la sala de maternidad del Instituto Materno Infantil de Bogotá durante octubre de 2012 a abril de 2013.

Metodología. Diseño mixto de investigación, cuantitativo y cualitativo, anidado secuencial. Observacional analítico, tipo cohorte prospectiva. Encuestas, entrevistas y grupos focales.

Resultados. Se entrevistaron 114 mujeres, logrando un seguimiento de 53. La media de tiempo de LME fue de 4,4 meses, los factores relacionados con una permanencia en LME por 6 meses fueron la ausencia de problemas con LM, OR 27,56 (IC 95%: 4,23 - 179,0) ajustado por nacimiento por vía vaginal OR 7,50 (IC 95%: 1,38 - 40,82). En el análisis de los grupos focales se identificaron cinco dominios que construyen la experiencia en LM. El bienestar del lactante es la condición predominante en las decisiones tomadas con respecto a la práctica de LM.

Discusión. El tiempo de LME es aceptable mas no óptimo. Se deben diseñar estrategias de acompañamiento a madres y lactantes durante el proceso de LM. La construcción de la experiencia en LM es compleja, el bienestar de los lactantes es su principio y su finalidad.

Palabras claves. DeCS: Lactancia Materna. Recién Nacido. Conocimientos, actitudes y prácticas. Investigación cualitativa. Grupos focales. Entrevista.

Abstract

Introduction. Exclusive breast-feeding (EBF) during the first 6 months of life is a highly effective strategy in reducing infant morbidity and mortality. Its compliance is inadequate with a low prevalence among different populations. It is important to identify factors related to the low frequency of this practice, especially those that cannot be understood with quantitative research.

Objectives. To describe the experiences with breast-feeding in a population of mothers and their infants coming from a tertiary care hospital in Bogotá, Colombia, during October 2012 and April 2013.

Methods. Quantitative and qualitative research, sequentially nested. Prospective observational cohort. Surveys, interviews and focus groups.

Results. 114 women were interviewed during the postpartum period, 53 were followed up after 6 months from childbirth. The mean time for EBF was 4,4 months, associated factors contributing to EBF for 6 months were not having problems with breast-feeding OR 27,56 (IC 95%: 4,23 - 179,0) adjusted by having a vaginal delivery OR 7,50 (IC 95%: 1,38 – 40,82). Five main domains were identified in the focus groups, which build the experience of breast-feeding. Child wellbeing is the predominant condition for making decisions in breast-feeding practice. **Discussion.** EBF time is adequate but not the desirable one. Strategies for mother and child companionship during breast-feeding practice must be developed. The construct of breast-feeding is complex, child wellbeing is its beginning and its finality.

Key-words. MeSH: Breast feeding. Newborn. Knowledge, attitudes and practice. Qualitative research. Focus Groups. Interview.

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Lista de figuras	XIII
Lista de tablas	XIV
Introducción	1
1. Justificación	3
2. Objetivos	5
2.1Objetivos primarios	5
2.1.1Objetivo cuantitativo	5
2.2Objetivos secundarios.....	5
2.2.1Cuantitativos.....	5
2.2.2Cualitativos.....	6
3. Marco teórico	7
3.1 Definiciones	7
3.2 Epidemiología	7
3.3Políticas y recomendaciones en Lactancia Materna.....	10
3.3.1 Recomendaciones de comunidades científicas	10
3.3.2Políticas públicas en Lactancia Materna.....	11
3.3.3La construcción de una experiencia	11
3.3.4La experiencia de las mujeres en lactancia materna	12
3.3.5La cultura y la lactancia materna	15
3.3.6La experiencia social de lactancia materna	17
3.3.7La experiencia de lactancia materna con los padres	21
3.4La investigación cualitativa	22
3.5Consideraciones	23
4. Metodología	25
4.1Tipo de estudio	25
4.2Población.....	25
4.3Medición	26
4.3.1Tamaño de muestra	26
4.3.2Variables	26
4.3.3Dominios	27
4.3.4Recolección información.....	27
4.4Análisis de los datos	28

4.5 Plan de control de sesgos y limitaciones	28
4.6 Consideraciones éticas.....	29
4.7 Resultados esperados	29
5. Presupuesto	31
6. Cronograma	32
7. Resultados	33
7.1 Primera fase	33
7.2 Segunda fase	36
7.3 Tercera fase	41
8. Discusión.....	49
8.1 Análisis cuantitativo	49
8.2 Análisis Cualitativo	53
9. Conclusiones	57
A. Anexo: Encuesta primera fase	59
B. Anexo: Encuesta seguimiento estudio lactancia materna	63
Bibliografía	65

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Duración de lactancia materna total y exclusiva en meses.	8
Figura 2. Horas de inicio de LM posterior al nacimiento.	34
Figura 3. Personas mencionados como fuente de información sobre lactancia materna.	35
Figura 4. Personas mencionadas como mejor fuente de información sobre lactancia materna.	35
Figura 5. Tiempo de LME en meses y porcentaje de la población.	37
Figura 6. Calificación cuantitativa de La experiencia en lactancia materna.	39
Figura 7. Calificación cualitativa de experiencia en lactancia materna.	39
Figura 8. Red semántica experiencias en LM	43

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Cifras de iniciación y duración de exclusividad de lactancia materna según diferentes fuentes.	9
Tabla 2. Descripción del presupuesto del trabajo de investigación.	31
Tabla 3. Cronograma de actividades.	32
Tabla 4. Descripción de las 114 madres encuestadas.	33
Tabla 5. Razones inicio LF.	38
Tabla 6. Análisis de regresión logística de factores relacionados con LME a seis meses (n=52).	40
Tabla 7. Composición de los grupos focales.	41
Tabla 8. Dominios experiencia LM.	42

Introducción

Una adecuada alimentación en los seres humanos es una estrategia altamente costoefectiva en cuanto a la prevención y tratamiento de diversas enfermedades. En los últimos años se ha visto cómo ha aumentado el conocimiento científico con respecto a la nutrición y por consiguiente la aparición de múltiples recomendaciones provenientes de comunidades académicas con respecto a esta.

Para la población pediátrica, teniendo en cuenta su constante estado de crecimiento y desarrollo, surge la necesidad imperativa de mantener un óptimo estado nutricional. Sin embargo, las cifras de desnutrición infantil siguen siendo alarmantes, en especial para poblaciones con menores recursos económicos. La alimentación con leche materna, de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y complementaria con otros alimentos hasta los veinticuatro meses de edad, es una estrategia efectiva para disminuir la desnutrición infantil.

En Colombia, el promedio de tiempo que recibe un lactante leche materna de forma exclusiva es de 1,8 meses, saliéndose de lo mínimo esperado para esta población. El impacto que trae consigo esta realidad tiene consecuencias serias a corto y largo plazo que deben ser atendidas y corregidas.

Para lograr desarrollar estrategias que impulsen el aumento de tiempo de lactancia materna exclusiva, debe conocerse qué factores son los más influyentes en la toma de decisiones con respecto a esta práctica. Por lo cual, la investigación en lactancia materna debe ser una prioridad tanto política como científica. Siendo las mujeres las directamente implicadas con el proceso de alimentación con leche materna, deben ser objeto de estudio y análisis para entender cómo se determinan las decisiones con respecto a esta práctica. Diversos estudios poblacionales se han enfocado en evaluar cuáles son los factores implicados en la práctica de lactancia materna, encontrando resultados interesantes y variados que han ayudado a desarrollar políticas públicas y estrategias

para impulsar la lactancia materna. Al tener en cuenta la baja tasa de lactancia materna exclusiva reportada en Colombia, es necesario evaluar cuál es el contexto nacional que determina esta tendencia; cómo se configura el actuar social con respecto a esta práctica; cómo influyen las condiciones tanto propias como externas de una madre en la decisión de iniciar, continuar y suspender la alimentación de su hijo con leche materna.

Los resultados de este estudio ayudarán a entender la práctica de lactancia materna desde el punto de vista de las madres, evaluando en un escenario socio-cultural determinado, cómo se vive cotidianamente la lactancia materna. De igual manera se identificarán factores sociales, culturales, económicos y educativos posiblemente influyentes en la realización de esta práctica. La difusión de estos resultados se hará en un contexto académico y por medio de un artículo científico.

1. Justificación

La leche humana ha sido reconocida como el mejor alimento que puede ser ofrecido durante los primeros años de vida de los seres humanos. Se han identificado claramente sus múltiples beneficios sobre el desarrollo y crecimiento del lactante, los factores protectores ofrecidos a la madre tanto a corto como a largo plazo y el impacto económico positivo hacia la familia y la sociedad. Diversas organizaciones gubernamentales y sociedades científicas alrededor del mundo han apoyado y difundido estrategias que logren aumentar la proporción de población que se beneficie de esta práctica y así disminuir la morbilidad y mortalidad que se ha atribuido a la ausencia de la misma.

A través del ámbito científico y por medio de implementación de diversas políticas públicas (tanto nacionales como internacionales), se ha difundido a nivel poblacional la necesidad de reforzar la LME hasta los seis meses de vida. Sin embargo, a partir del reporte de la Encuesta Nacional de demografía y salud (ENDS) del año 2010, se ha visto una tendencia nacional a la disminución en las tasas de LME, donde en el 2005 el tiempo promedio era de 2,2 meses, en el 2010 se evidencia una reducción a 1,8 meses, trayendo consigo grandes implicaciones sociales y económicas (2). A pesar de las múltiples recomendaciones y del gran conocimiento que se tiene sobre LM, no se ha logrado entender a cabalidad el fenómeno social que implica la decisión de amamantar a un hijo. Se debe comprender que hay varios factores asociados a las costumbres de alimentación, incluso desde las primeras horas de vida de un ser humano y son estas cuestiones las que necesitan ser valoradas y reconocidas a la hora de intentar influir en conductas sociales. De esta forma surgen diversos interrogantes sobre los determinantes de la población que están creando un impacto en la práctica de la lactancia materna.

Es de gran interés lograr identificar variantes poblacionales con respecto a esta práctica y a partir de este conocimiento diseñar estrategias en diversos niveles que logren condicionar una actitud positiva hacia la lactancia materna.

2.Objetivos

2.1Objetivos primarios

2.1.1Objetivo cuantitativo

Hacer una descripción de los aspectos sociales, demográficos, culturales y educativos de una población de madres, provenientes de la sala de maternidad del Instituto Materno Infantil de la ciudad de Bogotá durante octubre de 2012 a abril de 2013 e identificar los factores que están asociados con la continuación o suspensión de la práctica de LM.

2.1.2Objetivo cualitativo

Entender cómo se construye la experiencia de la práctica de LM y determinar los factores que influyen en la toma de decisiones con respecto a esta práctica.

2.2Objetivos secundarios

2.2.1Cuantitativos

- Determinar el porcentaje de lactantes de esta población que recibieron LM de manera exclusiva durante los seis primeros meses de vida.
- Hacer una descripción de las características sociodemográficas de las madres.
- Determinar el tiempo promedio en meses de LME en esta población.
- Evaluar la relación de variables con el tiempo de LME.
- Identificar factores asociados al desarrollo de una práctica de LME durante los seis primeros meses de vida de los lactantes.

2.2.2Cualitativos

- Conocer la vivencia de LM en el contexto personal, familiar y público.
- Describir cómo es el proceso de aprendizaje de LM en este grupo de madres.
- Identificar los motivos que llevan a la suspensión de LM antes de los primeros seis meses de vida.
- Evaluar la presencia de intervenciones educativas con respecto a LM durante la gestación y al momento de nacimiento.

3. Marco teórico

3.1 Definiciones

Las siguientes definiciones hacen referencia a las prácticas de alimentación en los lactantes determinadas por la organización mundial de la salud (OMS) (1):

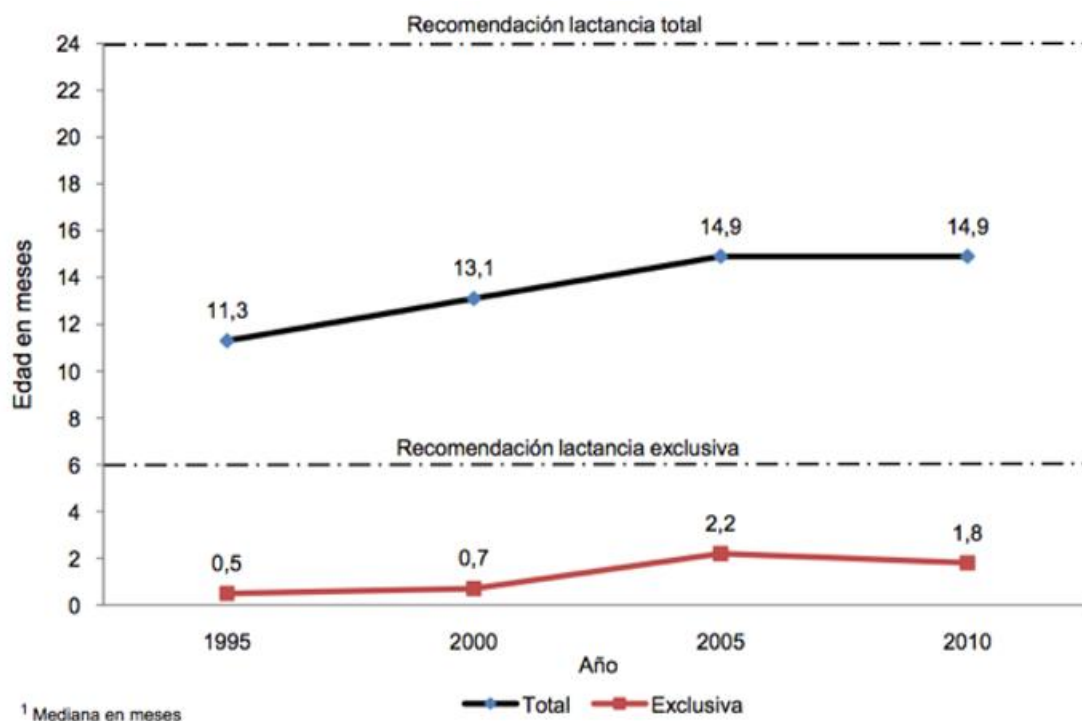
- Lactancia materna (LM): alimentación con leche proveniente del seno materno.
- Lactancia materna exclusiva (LME): significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos.
- Lactancia materna predominante (LMP): lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos, leche de fórmula (LF), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- Alimentación complementaria (AC): es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.

3.2 Epidemiología

En Colombia, la vigilancia de indicadores de lactancia materna a nivel nacional, se registran y documentan a través de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, la cual fue creada con el fin de conocer y mejorar diversos programas de salud de la población (2). Según los resultados publicados en el 2010, la mediana de tiempo de LME fue de 1,8

meses, cifra que muestra descenso con respecto al reporte del año 2005, donde la mediana de tiempo de LME fue de 2,2 meses (2), ver **figura 1**.

Figura 1. Duración de lactancia materna total y exclusiva en meses.



Tomado de: Profamilia. [Internet]. Consultado diciembre de 2013. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-11.pdf> (2).

Se encuentra además que la iniciación de lactancia materna se da en un 96% de la población de madres que fueron encuestadas, registrando un descenso de esta práctica a 63% a los 2 meses y a 24% a los 5 meses de edad. Los datos reportados con respecto a las prácticas de lactancia materna en diferentes poblaciones se registran en la **tabla 1**. Aquí se puede ver que según las fuentes examinadas, estas cifras se encuentran lejanas a las mínimas propuestas por la Academia Americana de Pediatría (AAP) donde se quiere llegar a 75% de iniciación de lactancia materna y 50% exclusiva hasta los 6 meses (3). La lactancia materna ha sido reconocida como la intervención más efectiva a nivel poblacional para mejorar las condiciones de salud en la población infantil en países en vías de desarrollo (15) y por lo tanto, el fomento de la misma debe ser una prioridad para Colombia.

Tabla 1. Cifras de iniciación y duración de exclusividad de lactancia materna según diferentes fuentes.

Iniciación LM (%)	LME 6 meses (%)	Población	N	Año de publicación	Bibliografía
70,0	33,00	Estados Unidos	ND	2005	3
74,0	35,00	Argentina	650	2003	4
88,0	40,00	Filipinas	2491	2005	5
83,3	39,00	Australia	1833	2001	6
70,0	21,00	Reino Unido	ND	2000	7
94,5	21,10	Singapur	2098	2010	8
99,0	2,00	Kenia	4299	2011	9
78,0	15,00	Noruega	8739	1992	10
91,9	24,20	Colombia	348	2010	11
96,0	24,00	Colombia	15844	2010	2
		Bolivia			
98,4	47,00	(Cochabamba)	434	2006	12
		Bolivia (Santa			
95,4	16,00	Cruz)	400	2006	12
96,0	10,10	Líbano	ND	2011	13
ND	14,20	India	50	2011	14

ND: no hay dato.

Fuente: original de los autores.

Conocer las cifras de lactancia materna en una población cobra importancia a la hora de evaluar las repercusiones que tiene esta práctica. El estado nutricional de la población infantil se relaciona directamente con las prácticas de lactancia materna. En Colombia, la tasa de malnutrición en niños menores de 5 años de edad es de 13% para desnutrición crónica (talla para la edad menor o igual a -2 DE), siendo los menores de seis meses gravemente afectados con una tasa de desnutrición crónica de 10%. Se encuentra además como factor de riesgo para desnutrición ser hijo de madre con bajo nivel educativo y bajo estrato socioeconómico (2). Por otro lado la tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año de edad) es de 19,9 por 1000 nacidos vivos (16). Una de las causas

asociadas a la mortalidad infantil es la desnutrición crónica, lográndose atribuir directa e indirectamente hasta el 50% de muertes en menores de 5 años a esta condición (17).

3.3 Políticas y recomendaciones en Lactancia Materna

3.3.1 Recomendaciones de comunidades científicas

La OMS es una comunidad científica y gubernamental que desde hace más de una década viene presentando documentos útiles a nivel académico y comunitario para la mejoría de la salud poblacional. En el año 2003 se hizo un análisis sobre la evidencia existente con respecto a pautas de alimentación adecuadas para la infancia y desarrolla lo que hoy se conoce como la “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño” (18). En este documento se expresan las indicaciones específicas de alimentación con lactancia materna, su uso exclusivo hasta los seis meses, los beneficios encontrados para el hijo y para la madre, las situaciones específicas donde se considera su suspensión y la necesidad de inicio de una alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad. Por otro lado, hace un llamado a la sociedad científica y a los gobiernos a profundizar en temas específicos sobre LM; entre estos consideró la necesidad de formular y evaluar intervenciones a nivel poblacional para determinar los diversos factores que puedan estar contribuyendo positiva o negativamente con respecto a esta práctica.

Del mismo modo la Academia Americana de Pediatría (AAP), se acoge a y colabora con la estrategia de la OMS, dictando pautas para promover y proteger las prácticas de LM, tanto a nivel hospitalario como poblacional. De manera importante se hace una determinación sobre porcentajes mínimos deseados con respecto a la práctica de LM requiriendo 75% de iniciación , 50% exclusividad hasta los 6 meses y 25% hasta los 12 meses de edad (complementada con otros alimentos). Incluye la consideración que se debe hacer con respecto a las decisiones personales con esta práctica y da pautas educativas claras a las familias involucradas con LM. De igual forma propone que estas estrategias se deben implementar en la práctica clínica, hacia la población general y como programas educativos específicos que abarquen gran proporción de la población objeto. Invita también a los pediatras a mantenerse actualizados con respecto a temas asociados con lactancia materna y específicamente declara la necesidad de impulsar la

investigación con respecto a este tema, que logre aportar a nivel de ciencias básicas y clínicas conocimiento innovador en relación a esta temática (3).

Por otro lado el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), también ofrece una recomendación fuerte para la implementación de prácticas de LM e invita al personal de salud que tenga al cuidado madres gestantes y niños a apoyar la decisión de las mujeres de iniciar lactancia materna. Indica la necesidad de ofrecer información clara y precisa con respecto a esta práctica y a asistir a las familias en cualquier momento de la vida que surjan dudas con respecto a ella (19).

3.3.2 Políticas públicas en Lactancia Materna

Disponer de una política pública con respecto a la LM hace parte de uno de los diez pasos señalados por la OMS para lograr una “lactancia feliz” (20). A nivel nacional desde 1991 se ha implementado el “Plan de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna”, que incluye la estrategia propuesta por Unicef la cual busca aumentar la proporción de la población que se beneficie de esta práctica. Mediante los decretos 1396 y 1397 de agosto 24 de 1992 del Ministerio de Salud, se crea el “Consejo Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna” y reglamenta distintas estrategias con respecto a la distribución y la publicidad de las formulas infantiles. Se encuentra además la resolución 7353 de 1992 donde se establecen las normas específicas que buscan la protección, promoción y apoyo de la LM. A partir de estas políticas, el gobierno colombiano se ha encaminado en aumentar la práctica de LM en busca de un beneficio para su población tanto materna como infantil. Sin embargo y a pesar de la vigencia de estas pautas, la alimentación con LME está lejos de alcanzar las metas fijadas a nivel internacional.

3.3.3 La construcción de una experiencia

Según la Real Academia Española una experiencia se define como un “conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas”. La LM es una práctica que se vive en lo cotidiano, esta vivencia genera conocimiento, el cual es capaz de modificar la forma de actuar de las personas. El conocimiento científico con respecto a LM es amplio y contundente y debe ser transmitido de manera efectiva a la población para lograr los mayores beneficios de esta práctica. Sin embargo, es imposible desconocer que el acto de lactar se configura por una infinidad de circunstancias sociales (nivel

educativo, económico, características culturales, grupos étnicos), que sumado a la transmisión del conocimiento científico conforman la experiencia de lactancia. Por lo tanto entender la LM como un constructo social de una realidad es indispensable para comprender profundamente aquello que va a impactar positiva o negativamente la alimentación con leche humana.

3.3.4 La experiencia de las mujeres en lactancia materna

Siendo las mujeres las “naturalmente” responsables del proceso de amamantamiento, se hace indiscutible la necesidad de indagar en ellas sus conocimientos, influencias, aprendizaje y entender cómo se conforma la experiencia con respecto a la LM. Es intuitivo pensar que al estar el cuerpo de la mujer “diseñado” para poder ofrecer a su hijo desde el momento que nace el mejor alimento disponible, el acto de lactancia se dé de forma espontánea. Sin embargo, estudios en diferentes poblaciones muestran que esta conducta social es afectada y reconfigurada por múltiples factores, algunos arraigados en prácticas tradicionales, otros determinados por culturas modernas y relacionados con el contundente conocimiento médico.

Como se muestra en la **tabla 1**, las cifras de iniciación y continuación de LM no llegan a los estándares esperados, tendencia que es general e independiente del país de procedencia de los estudios referenciados. Esto demuestra que la problemática de las bajas cifras de LM no es específica de algunas poblaciones, si no que hace parte de un fenómeno global. Conocer la razón o razones de este fenómeno es fundamental para entender por qué una mujer, una familia o una sociedad deciden privar a sus hijos del mejor alimento disponible para ellos.

El papel de la mujer ha cambiado con el paso de los años, teniendo un desempeño laboral más activo en la sociedad y dejando atrás el rol exclusivo de crianza de los hijos. Esta transición afecta la práctica de LM en cuanto a la disponibilidad no exclusiva de la madre a sus hijos. Se han diseñado diversas estrategias para contrarrestar esta problemática entre las que se encuentran las licencias de maternidad, adjudicación de tiempo y espacio en sitios de trabajo para la lactancia, estrategias para el ordeño y conservación de leche materna entre otras. Se reconoce que la entrada a la vida laboral de las madres, es un factor asociado a una suspensión temprana de LM (21). Es por esta

razón que debe existir un cambio en el concepto que tiene la mujer con respecto a su cuerpo, que explique la determinación de iniciar, mantener y suspender la LM. Con respecto a este concepto se encuentra un estudio hecho con un grupo de madres durante su postparto en un hospital del Reino Unido. La autora de este estudio hace una ilustración bastante acertada sobre la forma en que a partir de la revolución industrial, la mujer y su fruto (los niños) fueron tomados como “máquinas y productos”, los cuales debían responder a las exigencias de perfeccionismo y efectividad que regían en esta época. Fue partir de este momento que el proceso de gestación y nacimiento de los seres humanos perdió su naturalidad y fue llevado a un contexto hospitalario, donde apareció el médico como el supervisor de la producción, dejando a un lado el protagonismo de la mujer en este proceso. Esto conllevó a una pérdida del control de la mujer sobre su propio cuerpo y efectivamente del de su hijo. De esta manera, al no reconocer el cuerpo como un elemento efectivo para dar y mantener la vida, surgió la necesidad de suplir las demandas del recién nacido con medios externos. Dándose el inicio de una alimentación “artificial”, la cual es segura y libre de las posibles fallas que puede dar la alimentación natural con leche materna.

Bajo esta premisa, la investigadora se ha enfocado en entender la manera en que el papel actual de la mujer esta determinando las decisiones tomadas con respecto a la lactancia. Para responderse estas preguntas se ha concentrado en desarrollar estudios de tipo cualitativo, donde se introduce en el ámbito hospitalario y desarrolla entrevistas a profundidad con madres en sus primeros días de postparto. Entre los hallazgos más representativos de sus investigaciones se encuentra que para el grupo de madres entrevistadas, el hecho de tener que iniciar la lactancia materna en un ambiente médico hizo difícil desarrollar una práctica adecuada, ya que al ser supervisadas y constantemente corregidas, presentaron una sensación de pérdida de control sobre su cuerpo y gran inseguridad al enfrentarse solas a la alimentación de sus hijos. Muchas consideraron que la LM era la forma obvia o correcta para alimentar a sus hijos y formar un vínculo con ellos, sin embargo se demostraron grandes sentimientos de culpabilidad si algo malo ocurría o si no podían ejercer la lactancia como era esperado. Se expresaron también grandes dudas con respecto a la suficiencia de la lactancia materna ya que el hecho de no saber cuánto estaba recibiendo el hijo causaba gran preocupación con respecto a la calidad de la lactancia. Estos hallazgos ejemplifican la concepción

generacional de una insuficiencia del cuerpo humano para cumplir las funciones intrínsecamente naturales a él.

Al indagar sobre los conocimientos o percepciones de la leche producida por ellas, específicamente el calostro humano, fue descrito como una leche insuficiente para sus hijos, tomando el concepto industrializado de cantidad como sinónimo de calidad. Las madres que prefirieron otro tipo de alimentación, lo hicieron principalmente por la tranquilidad que da el poder saber con exactitud la cantidad de leche recibida por el niño, así como la certeza sobre la calidad nutricional de la misma, desconociendo estas mismas las cualidades en la leche humana. En cuanto al proceso de educación y entrenamiento sobre LM, muchas de las madres consideraron haber recibido información útil con respecto a técnicas de LM, sin embargo al ponerlas en práctica sentían gran inseguridad al pensar que no lo estaban haciendo de la manera correcta, o que iban a lastimar a su hijo, ejemplificando nuevamente la pérdida de protagonismo y empoderamiento de las madres en este proceso (22).

La ilustración que hace la autora sobre la problemática sociocultural asociada a la LM en el mundo industrializado, es visible en diversos estudios. Varios autores que se han encaminado en la temática cultural de la LM, describen que a pesar de que la sociedad reconoce y se encuentra dispuesta a incorporar prácticas de lactancia materna en la crianza de sus hijos, una gran proporción no lo hace (23). De manera interesante, se ve que en general, las principales razones para no iniciar o discontinuar tempranamente la lactancia materna, están relacionadas con sentimientos de inseguridad en la madre sobre este proceso, ya que la percepción de hambre residual, cantidad de leche insuficiente, pérdida de confianza en el proceso de lactancia son algunas de las razones para suspender la LM en algunos países desarrollados (23).

Como se puede ver la espontaneidad esperada en las madres con respecto a la lactancia materna, es completamente afectada por el papel de la mujer en la sociedad actual, y por la aparente pérdida de confianza que se tiene ella (y probablemente la sociedad) con respecto a la funcionalidad e inherencia que tiene su cuerpo para producir leche y nutrir satisfactoriamente sus hijos.

3.3.5 La cultura y la lactancia materna

A pesar de que el papel de la mujer en la sociedad ha cambiado y por consiguiente explicar la disminución del porcentaje de lactantes que se alimentan con leche materna, no todas las sociedades viven este fenómeno; inclusive dentro de una misma sociedad la mujer juega roles diferentes. Los estudios de LM hechos con poblaciones de mujeres con recursos educativos y económicos limitados encuentran algunas similitudes en cuanto a las cifras de iniciación y continuación de LM (tabla 1), sin embargo centrándose en los factores relacionados con inicio, mantenimiento y suspensión de lactancia materna parece haber una fuerte influencia del conocimiento cotidiano (creencias culturales y tradicionales) con respecto a la práctica.

En Mozambique, un país que tiene una alta tasa de mortalidad infantil (31 por 1000 nacidos vivos) (24), enfrenta grandes dificultades a nivel poblacional para difundir el concepto de iniciación y sobre todo de continuación con LME. Un estudio con grupos focales de madres de poblaciones rurales, encuentra que en esta población, la iniciación de alimentación con leche materna es universal, sin embargo la continuación de lactancia exclusiva es casi nula, ya que se encuentran dominantes creencias que afectan esta conducta. En esta población existe una fuerte creencia que la leche humana no es suficiente para nutrir a un niño y sobretodo el calostro humano es una leche mala y por tal motivo consideran necesario adicionar alimentos complementarios desde muy temprana edad. Dentro de estos alimentos el agua, infusiones de medicinas tradicionales, aceites vegetales, hierbas, azúcar y purés entran en la alimentación en los lactantes menores de seis meses de vida . Esta práctica en particular se hace para evitar que el niño enferme o sea víctima de algún maleficio. Por otro lado consideran fundamental ofrecer diversos sabores y consistencias al niño, argumentando que son estos los alimentos que va a necesitar para el resto de su vida. Al cuestionar a la madres sobre la posibilidad de rechazar el inicio de estos alimentos, muchas se negaban a hacerlo, ya que si el niño enfermaba o moría, toda la culpabilidad recaía en ellas. Como factor protector para LM se encuentra que una madre que se niega a dar leche a su hijo es vista de forma negativa en la sociedad.

Otro estudio hecho en Zambia, también con la modalidad de entrevistas con grupos focales de población rural, demuestra cómo creencias tradicionales, asociadas al

conocimiento científico influyen en las prácticas de lactancia. La evaluación de los conocimientos sobre LM en esta población son reportados en general como ideales, aunque no queda claro cómo se hizo la evaluación de estos conceptos. Entre los resultados más relevantes, se encuentra que una práctica casi universal para esta población es el inicio de la alimentación con leche humana en los primeros minutos posteriores al nacimiento. A diferencia del estudio en Mozambique, el calostro en esta población de madres fue identificado de suma importancia en los primeros días de vida de los niños, ya que se considera que ofrece los nutrientes ideales para esta etapa. Al igual que en otros países, en Zambia la iniciación de lactancia humana es casi universal, el mayor problema viene en la práctica del concepto de mantenerla exclusiva hasta los seis meses de vida. Al cuestionar a las madres sobre el concepto que tienen sobre LME, muchas refirieron saber la importancia de esta práctica, fundamentalmente a la hora de evitar enfermedades gastrointestinales y de asegurar un adecuado crecimiento de los niños. Sin embargo, la decisión de iniciar otro tipo de alimentos (leches artificiales, cereales, agua), se relaciona con la percepción de producir poca leche y no lograr satisfacer las demandas de sus hijos. Como se ve, en esta población rige también el sentimiento de inseguridad de las madres con respecto a la lactancia. Esta investigación identifica además algo de suma importancia y es que la educación y gran parte del conocimiento que tienen las madres sobre este tema, fue dado por el personal de salud en el momento de la atención del nacimiento, siendo estos los actores más influyentes con respecto a las decisiones relacionadas con esta práctica (25).

En Colombia existen diversos grupos indígenas con situaciones socioculturales bastante diferentes a la población mayoritaria. Estas poblaciones guardan comportamientos y estructuras sociales ancestrales, lo que hace difícil desde el punto de vista de educación en salud, introducirse e intentar hacer cambios en sus hábitos y formas de vida.

Con respecto a las prácticas de LM en poblaciones indígenas colombianas, se encontró un estudio realizado en el año 2009, donde se hace una descripción sobre las costumbres encontradas en comunidades indígenas de cuatro regiones representativas del país. Se determina que la mayoría de las comunidades valoradas tienen una iniciación de leche materna desde los primeros momentos posteriores al nacimiento. Sin embargo se pone en evidencia dos hallazgos opuestos, en donde algunas comunidades inician desde muy temprana edad la administración de otros alimentos diferentes a la

leche materna y otras la pueden prolongar hasta los siete a doce meses de vida de manera exclusiva, ambas prácticas contraproducentes para el crecimiento de los lactantes. Muchas de estas comunidades utilizan leches de otros animales (vaca o chivo) asociada a endulzantes como la panela, en situaciones donde la madre no produce leche o esta es escasa. El estudio determina que las prácticas de lactancia materna en la mayoría de estas comunidades no sigue los parámetros indicados a nivel internacional, influyendo en el estado nutricional a corto y largo plazo de estos niños (26). El valor de este tipo de investigaciones recae en demostrar la manera tan diferente en que se vive la LM en un solo país, y lo difícil que puede llegar a ser la labor de reeducar y reorientar a las comunidades con respecto a esta práctica.

En este tipo de estudios, se encuentra un ejemplo claro sobre cómo las creencias tradicionales afectan lo que para el mundo científico, es la práctica ideal de LM. Es imposible desconocer que este tipo de conceptos se encuentran en todas las poblaciones. La LM se vive en el mundo cotidiano, por lo tanto es normal y humano que se construyan conceptos alrededor de ella, sean adecuados o inadecuados. Es con estos hallazgos que se percibe de una manera más concreta de dónde se basa el actuar social con respecto a la alimentación y sobre todo a la alimentación con leche humana.

En los estudios mencionados se ha visto una tendencia en general que la población de madres tiene un conocimiento básico sobre la importancia de la LM, así como una disposición positiva en cuanto a llevarla a la práctica. Las cifras de iniciación de la lactancia materna son alentadoras, reportándose algunas como “universales” para ciertos grupos poblacionales (24). Esto puede ser explicado por el aumento en la atención de nacimientos en el ámbito hospitalario, que ayuda a mejorar la aceptación de la lactancia en las primeras horas y días de vida de los recién nacidos. Sin embargo, la exclusividad de la lactancia hasta los seis meses de vida es muy baja, indicando la importancia de enfocar esfuerzos en entender por qué se determina esto y cómo puede ser intervenido.

3.3.6 La experiencia social de lactancia materna

A pesar de que las mujeres son las que finalmente toman la decisión con respecto a dar alimentación con su leche, no se puede desconocer que existen factores externos a ellas que condicionan su actitud con respecto a esta práctica. Es por esta razón que el

contexto social, la vivencia y el aprendizaje cotidiano de LM juegan un papel fundamental en el desarrollo de esta experiencia.

Con respecto al cese de LME hay estudios de seguimiento que logran encontrar características propias poblacionales relacionadas con las suspensión temprana o no ideal de alimentación con leche materna. Un estudio realizado en Nairobi con más de 4000 familias determina que el estado civil (solteras), el nivel educativo y las gestaciones no deseadas por las madres son las características maternas asociadas a no llevar a cabo una LME deseable. Las características del recién nacido que determinan este fenómeno fueron que perteneciera al género masculino y que fuera clasificado con un peso adecuado al momento del nacimiento (9). En el Líbano el bajo nivel socio-económico de las madres, primera atención del recién nacido hecha por un pediatra hombre, falta de alojamiento conjunto de madre/ hijo y prácticas hospitalarias específicas como ofrecer agua con azúcar o leches de fórmula, son relacionadas con el no inicio ni mantenimiento de LME. Otras razones de abandono de LM fueron la percepción de tener leche insuficiente y el inicio de trabajo en la madre (licencia de maternidad de 40 días en este país) (13). Otro estudio en Argentina que hizo un seguimiento semestral a un grupo de recién nacidos identificó que la introducción de leches de fórmula en los primeros 30 días postparto, el tiempo de primer contacto entre la madre y su hijo mayor a 90 minutos, la ausencia de LME hasta los seis meses en otro hijo y nivel educativo en la madre son las principales características poblacionales asociadas a bajas tasas de LME (4).

El nivel educativo de las madres parece jugar un papel importante en las decisiones sobre LME, encontrándose hallazgos disímiles según los grupos poblacionales estudiados. Un estudio hecho en Singapur con 3009 madres, evidencia que el factor más influyente en las prácticas de LM fue identificado como el nivel educativo de las madres, viendo que 11% de las madres con educación primaria continuaban con lactancia durante los seis primeros meses de vida de sus hijos, contra 35.5% de las madres con un nivel educativo superior (8). Sin embargo otro estudio hecho con una población norteamericana proveniente de múltiples etnias y grupos poblacionales demuestra que venir de estratos socioeconómicos bajos y con menor nivel educativo es un factor protector para la práctica de LME (27).

Los estudios hechos con madres colombianas demuestran resultados bastante similares a los realizados con otras poblaciones alrededor del mundo. La población colombiana es bastante heterogénea hablando desde el punto de vista étnico, educativo y socioeconómico, por lo que es de esperar que las creencias y prácticas sobre lactancia materna tengan diversos fundamentos y connotaciones culturales.

En el departamento del Valle del Cauca, se realizó una investigación en el año 2001 donde se valoró los conocimientos sobre LM a una población de 2080 mujeres en edad fértil. En cuanto a las prácticas ideales sobre mantenimiento de LME o bien no es conocida o practicada de forma ideal por este grupo de mujeres. Adicionalmente la mitad madres no recibieron información sobre lactancia materna durante el período de la gestación. En el período postparto 85% de las madres identificó al personal de enfermería como los únicos profesionales que orientaron sobre la lactancia materna, sin embargo sólo el 50% de las encuestadas dijo haber recibido orientación sobre lactancia en las primeras horas del posparto. En las entrevistas las participantes expresaron no tener un concepto estructurado y adecuado de las recomendaciones internacionales y nacionales sobre la duración de LME (28).

De igual manera, en el año 2005, se realiza otro estudio en Girón (Santander) con 96 mujeres en edad fértil, provenientes de comunidades vulnerables. Con respecto a los conocimientos de estas madres sobre lactancia materna, se identificó que el 97% considera como una practica beneficiosa y adecuada para los recién nacidos. Sin embargo y al igual que varios estudios mencionados, las madres no tienen muy clara la recomendación sobre lactancia hasta los seis meses de vida y sobre el tiempo de inicio de una alimentación complementaria. Entre los beneficios mayormente resaltados por las madres se encuentra la prevención del cáncer de glándula mamaria, fortalecimiento del crecimiento de sus hijos y creación de un vínculo madre/hijo. Con respecto a las actitudes y prácticas el 49% de las madres no conoce sobre métodos de conservación de leche materna y por lo tanto no lo hacen. Algunas de las actitudes negativas frente a la lactancia materna se relacionaron con dolor en las mamas, falta de tiempo para otras actividades, celos de la pareja con el lactante y vergüenza de exponer sus senos en público (29).

Hacer una valoración objetiva de qué tan adecuados son los conocimientos de una población con respecto a temas tan grandes y con tantas implicaciones socioculturales como la LM no es fácil. Sin embargo hay que reconocer que existen estándares sobre lo mínimo que debería saber una población para ayudar a determinar conductas y prácticas adecuadas. De esta forma un estudio realizado en Popayán en el año 2004, que exploró los conocimientos en 104 madres en su postparto inmediato, objetivando los resultados partiendo de las cinco conductas óptimas de lactancia promovidas por *Wellstart* (inicio de lactancia en la primera hora de vida del recién nacido, lactancia a libre demanda, LME hasta los seis meses, inicio de alimentación complementaria después del sexto mes de vida). Los resultados de este estudio demuestran que la mayoría de las madres obtuvieron un nivel aceptable de conocimientos de lactancia materna, tan solo el 20,2% de la muestra estuvo por debajo del puntaje considerado como aceptable. El conocimiento menos manejado por las madres encuestadas fue sobre la exclusividad de la LM y el inicio de alimentos complementarios, hecho que es común en varias poblaciones estudiadas, y que además es un determinante fundamental en lo que se considera una adecuada práctica de alimentación para los lactantes (30).

Como se ha mencionado, la población colombiana al ser heterogénea, hace más compleja la tarea de entender de una forma global el por qué de muchas actitudes sociales. Hay que reconocer que los múltiples factores que rodean las poblaciones y las hacen diferentes, influyen en su concepción y actuar frente a la vida. La práctica de LM tiene infinitas connotaciones relacionadas con factores sociales, culturales, económicos y personales que influyen tanto a favor como en contra. De manera interesante se puede evidenciar que aunque las poblaciones de estudio de estas investigaciones son muy diferentes, muchas de las cuestiones relacionadas con la LM se encuentran de forma reiterada, como por ejemplo la percepción que tienen muchas madres de producir leche de manera insuficiente. No se puede negar que las cifras de LM, sobretodo de forma exclusiva, no son ideales, tanto en poblaciones con alto y bajo nivel socioeconómico. Las madres, aunque tienen la potestad natural de amamantar a sus hijos, no pueden ser marcadas como las únicas responsables de este fenómeno social. El personal de salud, las parejas, las abuelas son actores muy influyentes para las madres, exhibiendo actitudes positivas y negativas con respecto a la lactancia.

3.3.7 La experiencia de lactancia materna con los padres

Es interesante ver que la forma en que se han conducido la gran mayoría de estudios sobre lactancia materna están enfocados de forma casi exclusiva hacia las madres. Sin embargo muchos de estos demuestran que de las personas más influyentes para estas madres en el proceso de lactancia son sus propias parejas. De esta manera empieza a verse un gran interés con respecto a qué piensa, vive y siente el padre al tener un hijo que se alimenta con leche de su madre.

El inicio del papel de la paternidad a diferencia de la maternidad es más complejo y en cierto modo subvalorado. Los roles que tienen los padres en el crecimiento y desarrollo de sus hijos tienen efectos a corto y largo plazo. Es reconocido que la participación activa de un padre en la vida de su hijo disminuye conductas de riesgo durante la adolescencia, mejora habilidades de relación interpersonal y aumenta el nivel educativo de los hijos (31). Se sabe también que lograr asumir el papel de padre involucrado en la crianza se relaciona en la sensación de eficacia que tiene un padre con respecto a este papel, la presencia de una relación conyugal fuerte, la actitud colaboradora del personal de salud y el desarrollo de un vínculo paterno-filial desde muy temprana edad (31).

El acto de LM analizado desde una perspectiva física-anatómica puede decirse que es claramente íntimo entre la madre y su hijo. Se ha descrito que para algunos padres puede ser una barrera para lograr un acercamiento con su hijo en los primeros días de vida, asociado a una sensación de inutilidad en lograr el crecimiento de sus hijos y celos con el fortalecimiento de la relación madre-hijo. Se señala además que la mayoría de los recursos médicos están destinados a la educación y fortalecimiento de las madres con respecto a temas de crianza (y lactancia materna), enviando de alguna forma mensajes negativos con respecto a qué se espera de la paternidad con respecto a estos temas (31).

Aunque son las madres las protagonistas de la alimentación de sus hijos en las primeras semanas de vida, ellas mismas describen la importancia de sus parejas para llevarla a cabo. Así lo demuestran varios estudios en donde se busca por medio de entrevistas a profundidad las percepciones de las madres con respecto al papel de los padres en lactancia. Aunque se reconoce que el quehacer del padre en este acto es de algún modo

limitado, sus parejas encuentran en ellos apoyo físico, emocional, estímulo para continuar con la lactancia en momentos de dificultad y deseo para estar involucrados de algún modo con la alimentación de sus hijos. Se describe además la importancia de la educación en LM para los padres (32).

Al estudiar directamente a los padres, investigaciones con grupos poblacionales provenientes de países desarrollados describen que en general los padres tienen conocimientos adecuados con respecto al beneficio de la LM. Sin embargo expresan el deseo de tener más información en cuanto a llevar en práctica la lactancia y ayudar a sus parejas a resolver problemas asociados a esta (32). Se ha intentado conocer además la significancia de la LM en cuanto a la sexualidad de la pareja. Algunos estudios se remiten al término de de-sexualización del seno (31), en donde para algunas parejas es una cuestión negativa en relación a la lactancia, y se describe una negativa por parte de las mujeres de amamantar a sus hijos en la presencia de sus parejas por miedo a perder sensualidad. También para los padres puede traer conflictos en cuanto a sentimientos de celos con el hijo que se amamanta y a rechazar la alimentación en público por la sensación de perder la intimidad de algo que se reconocía como privado (31).

Los estudios mencionados son hechos fundamentalmente con poblaciones de países desarrollados con una tendencia a tener una población homogénea en cuanto a edad y con un nivel educativo alto. La población colombiana es heterogénea, con diversas etnias y niveles socioculturales. Por lo que el fenómeno de la lactancia materna en los hombres colombianos puede arrojar datos disímiles a los mencionados. Es de anotar que en Colombia el 29,9% de los hogares son compuestos por madres cabeza de familia (33), teniendo una gran proporción de la madres sin el apoyo de sus parejas en las cuestiones de crianza de sus hijos.

3.4 La investigación cualitativa

Al ver la lactancia materna como un fenómeno social, se debe reconocer que su entendimiento holístico se va a encontrar en las personas que la viven y la construyen. La investigación cualitativa ofrece por medio de diferentes metodologías (discursos, dibujos, palabras, imágenes) (34) identificar realidades que rodean determinado fenómeno. La esencia de la investigación cualitativa es estudiar al individuo como

poseedor de una verdad y que a través de éste, como actor en una sociedad, se logre conocer realidades que se viven en el mundo cotidiano. En la investigación cualitativa, la persona no es vista como un individuo aislado, sino como un participante activo en la sociedad y por lo tanto es reflejo de esta (35). Este tipo de investigación es de gran aporte para entender tal vez a mayor profundidad el porqué y el cómo del actuar humano. Los fenómenos que rodean a los individuos y sociedades son muy complejos y no pueden estudiarse desde un solo punto de vista o en un momento determinado. Éstos son sujetos de constante cambio y transformación. El actuar humano no es predecible ni exacto, por lo que intentar comprender más detalladamente al individuo y por consiguiente a la sociedad donde habita, aporta conocimiento sociológico y científico.

El alcance de la investigación cualitativa se resalta en su capacidad de acercarse a fenómenos abstractos, como sentimientos, experiencias, emociones, logrando encontrar en las personas respuestas que no son cuantificables, pero que expresan una realidad.

La teoría fundamentada es un tipo de metodología usada en la investigación cualitativa, en donde se intenta comprender a la sociedad a través de la comunicación de ideas, sentimientos, emociones etc. Esta no parte de una hipótesis si no de una pregunta, y a través de la interacción con individuos encuentra respuestas y representaciones de la realidad (36). El objetivo de la teoría fundamentada es generar constructos de conocimiento a través de la categorización datos obtenidos, sin partir de un marco teórico o de una idea preconcebida. Su análisis genera nuevas teorías que se extraen de los datos obtenidos, mas no busca probar una teoría preestablecida. El resultado final es “lograr hacer una interpretación analítica del mundo de los participantes y de los procesos realizados para construir esos mundos” (36). La teoría fundamentada permite encontrar respuestas nuevas a preguntas que tal vez ya se habían planteado, contextualizadas en una realidad específica y para individuos determinados.

3.5 Consideraciones

La sociedad de hoy en día es cambiante, las expectativas sociales de la mujer van mucho más allá de ejercer su papel como madres. Es necesario conocer en ellas y en su ambiente las cuestiones que más dificultan o favorezcan una adecuada práctica de lactancia. El objetivo debe enfocarse en fortalecer a la mujer y a la unidad familiar para

lograr mejorías en esta cuestión y de esta manera hacer que una mayor proporción de la población se beneficie de las enormes bondades que trae el hecho de amamantar un hijo.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Diseño mixto de investigación, cuantitativo y cualitativo, anidado secuencial.

Parte cuantitativa

- Diseño observacional analítico, tipo cohorte prospectiva.

Parte cualitativa

- Grupos focales.

Lugar: Instituto Materno Infantil (Hospital la Victoria ESE), Bogotá Colombia.

4.2 Población

- Población blanco: mujeres en estado de gestación que asistan al Instituto materno Infantil para la atención del nacimiento del recién nacido durante los meses de octubre de 2012 a abril de 2013.
- Población elegible:

Criterios de inclusión:

- Madres de recién nacidos.
- Nacimiento a las 37 o más semanas de gestación.
- Estancia en servicio de alojamiento conjunto de Instituto materno Infantil.

Criterios de exclusión:

Complicaciones maternas o neonatales que no permitan estancia en alojamiento conjunto.

- Patología materna o neonatal que contraindique la práctica de lactancia materna.
- Población accesible: población elegible atendida en la institución que aprueba la realización de la encuesta.

4.3Medición

Se conformó un cohorte de madres de recién nacidos, que tuvieron el nacimiento en el Instituto materno Infantil entre los meses de octubre de 2012 a abril de 2013 y que se encontraron en la sala de alojamiento conjunto al momento de la entrevista. Se les hizo seguimiento telefónico a los seis meses para determinar la permanencia de la lactancia materna exclusiva y otras variables de interés. De esta cohorte se anidaron los grupos focales para responder el componente cualitativo sobre los dominios de la experiencia en lactancia.

4.31Tamaño de muestra

Tamaño de muestra componente cuantitativo: con la literatura revisada se encontró que la prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad va de un 2% a 49%. Para Colombia según los datos de la ENDS del año 2010 la prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses fue de 24%. Se calculó un tamaño de muestra para estimar una proporción, para una muestra de 298 con un poder del 95% (IC: 0,19-0,29) (37).

El tamaño de muestra para el componente cualitativo se hizo por saturación de la información y por disponibilidad de la población para asistir al grupo focal.

4.3.2Variables

Variables respuesta

Porcentaje de madres que continuó lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida de sus hijos.

Variables secundarias

- Descriptivas de la madre: edad, estado civil, estrato socio económico, nivel educativo, procedencia, empleo, número de hijos.

- Asociadas a la gestación: licencia de maternidad, vía de nacimiento, examen de senos durante gestación.
- Asociadas al conocimiento de alimentación y lactancia materna: intención de lactancia materna, intención inicio fórmula láctea, concepto tiempo LME, concepto tiempo alimentación complementaria. Información lactancia materna en gestación, información lactancia materna en período post-parto, fuentes información lactancia materna, beneficios lactancia materna. Tiempo de lactancia materna exclusiva y total en anterior hijo vivo.
- Asociadas al hijo: sexo, inicio de leche de fórmula durante estancia hospitalaria, problemas de salud, asistencia a programa de crecimiento y desarrollo, tiempo inicio leche de fórmula y alimentación complementaria
- Asociadas a la pareja: deseo de pareja de alimentación del hijo con leche materna.
- Asociadas a la práctica de lactancia materna: tiempo en que se inició lactancia materna en el hospital, problemas en los senos, problemas con lactancia materna, motivo suspensión lactancia materna suficiencia de leche materna como alimento, calificación experiencia lactancia materna, tiempo de lactancia materna exclusiva.

4.3.3 Dominios

En lo que se revisó de la literatura no se encuentra de manera explícita cómo se construye la experiencia en lactancia materna, por lo cual no hay un instrumento validado para medir este constructo. El análisis del componente cualitativo se hará por medio de la metodología de teoría fundamentada, donde a partir de los datos recolectados en los grupos focales se construirá el modelo de experiencia en lactancia materna.

4.3.4 Recolección información

1. Aplicación de encuesta estructurada a madres en período de postparto. La encuesta comprendió 31 preguntas de respuesta cerrada (**Anexo A**). Previa a la aplicación de la encuesta se hizo una prueba piloto con madres en estado postparto en el Instituto Materno Infantil.
2. Seguimiento por vía telefónica de las madres y sus hijos a los seis o más meses de vida. Entrevista estructurada de 25 preguntas de respuesta cerrada (**Anexo B**). Previa a

la aplicación de la encuesta telefónica se hizo una prueba piloto con el grupo de madres de la prueba piloto de la primera encuesta.

3. Para la recolección de datos cualitativos se crearon 3 grupos focales compuestos en promedio de 4 madres encuestadas previamente. Los grupos focales fueron dirigidos por una profesional en antropología con experiencia en la conducción de este tipo de actividades.

4.4 Análisis de los datos

Se construyó una base de datos en Microsoft Excel versión 2011 para Mac (Microsoft Corporation, Redmon, WA). Se realizó un análisis descriptivo de las variables utilizando medidas de tendencia central y dispersión, análisis de regresión logística para buscar la relación de las variables evaluadas con LME a seis meses. Se utilizó Stata versión 11,2 MP, para Mac (StataCorp LP, College Station, Texas).

Para el análisis de los grupos focales se utilizó la metodología de la teoría fundamentada, donde a partir de los datos obtenidos de los individuos, se hizo el diseño sobre la construcción de la experiencia en lactancia materna. El análisis de los datos obtenidos se hizo a través de Atlas.ti versión 7 para Windows (GmbH, Berlín).

4.5 Plan de control de sesgos y limitaciones

Se aplicaron listas de chequeo para la fiabilidad de la precisión y robustez del estudio como el STROBE, ENTREQ y COREQ. Para este trabajo la limitación más importante del diseño tipo cohorte fue la pérdida de sujetos durante el seguimiento, la cual disminuyó el poder estadístico para el cálculo de la prevalencia de lactancia materna al momento de medición.

El control de sesgos cualitativos se hizo mediante el método de triangulación de información (entrevista-entrevista en grupo focal). Adicionalmente el investigador que hizo el análisis cualitativo no participó de los grupos focales. La conformación de grupos focales se limitó por la baja asistencia de los participantes, ante lo cual se dieron incentivos según las buenas practicas en investigación para estimular la participación.

4.6 Consideraciones éticas

Se consideraron los aspectos éticos en investigación biomédica y se acoge a la reglamentación de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Este estudio no realizó ninguna intervención o modificación de variables biológicas, psicológicas o sociales. Este proyecto fue presentado al Comité de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Los resultados de la información recolectada se publicarán preservando su exactitud.

4.7 Resultados esperados

Los resultados que se esperan encontrar con la realización de este proyecto son:

- Entender cómo se determinan las decisiones con respecto a la práctica de LM.
- Evaluar cuál es el contexto poblacional que condicionan las prácticas de LM.
- Proporcionar un entendimiento de cómo se configura el actuar social con respecto a la práctica de LM y valorar cómo influyen las condiciones tanto propias como externas de una madre en la decisión de iniciar, continuar y suspender la alimentación de su hijo con leche materna.

5. Presupuesto

Tabla 2. Descripción del presupuesto del trabajo de investigación.

Concepto	Valor
Investigador principal	Voluntario
Otros investigadores	\$ 600 000
Papelería	\$ 100 000
Materiales e Insumos	\$ 500 000
Transporte	\$ 75 000
Incentivos para asistencia a grupo focal	\$ 300 000
Equipos y software	Provisto por investigador
Procesamiento de información	Provisto por el investigador
TOTAL	\$1 575 000

6. Cronograma

Tabla 3. Cronograma de actividades.

Actividad	Mes												
	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26
Revisión de la literatura	X												
Realización del protocolo		X											
Aprobación comité de Investigación			X										
Diseño y construcción de la encuesta y base de datos			X	X									
Recolección de la información					X	X	X	X	X	X			
Grupo focal o entrevistas										X			
Análisis de datos e información								X	X	X	X		
Discusión y conclusiones											X	X	X

7. Resultados

7.1 Primera fase

Durante los meses de octubre 2012 a marzo de 2013 se entrevistaron 114 madres en su periodo postparto en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Bogotá. La zona de procedencia de las madres fue rural en un 23,68% y urbano en 76,32%. La mediana de edad fue de 21 años (DS 5,77, rango 15-40 años). El 89,47% no tenían empleo, 10,5% estaban empleadas y el 4,39% iban a tener licencia de maternidad, **tabla 4**.

Todas las madres se encontraban en el servicio de alojamiento conjunto del hospital donde tenían acceso a sus recién nacidos durante toda su estancia hospitalaria. El 57,89% de las encuestadas eran primíparas. El 64,05% (n=73) de los nacimientos fueron por vía genital y 35,96% (n=41) por vía abdominal.

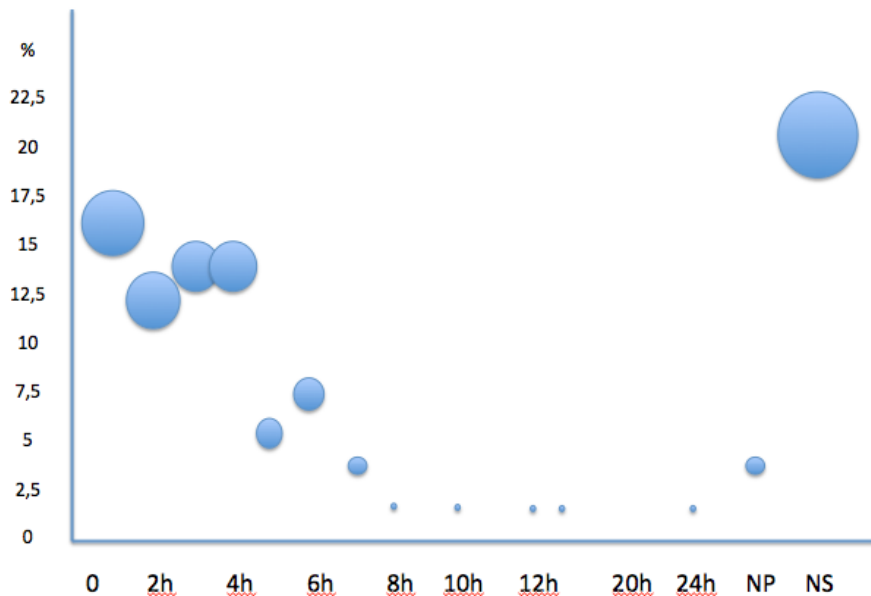
Tabla 4. Descripción de las 114 madres encuestadas.

Característica	Categoría	N	%
Estado civil	Casada	4	3.51
	Soltera	37	32.46
	Unión libre	73	64.04
Estrato socio-económico	1	20	17.54
	2	61	53.51
	3	11	9.65
	ND	22	19.30
Nivel educativo	Primaria	47	41.23
	Bachillerato	50	43.86
	Técnico	15	13.16

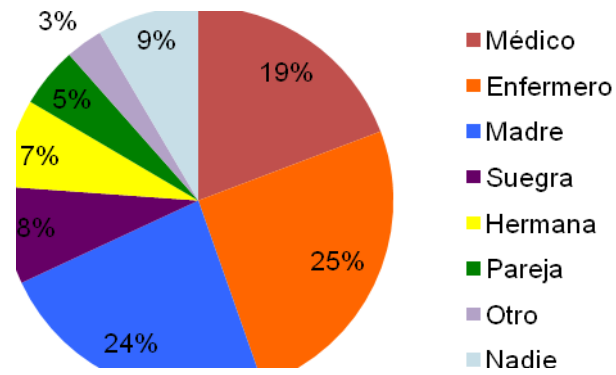
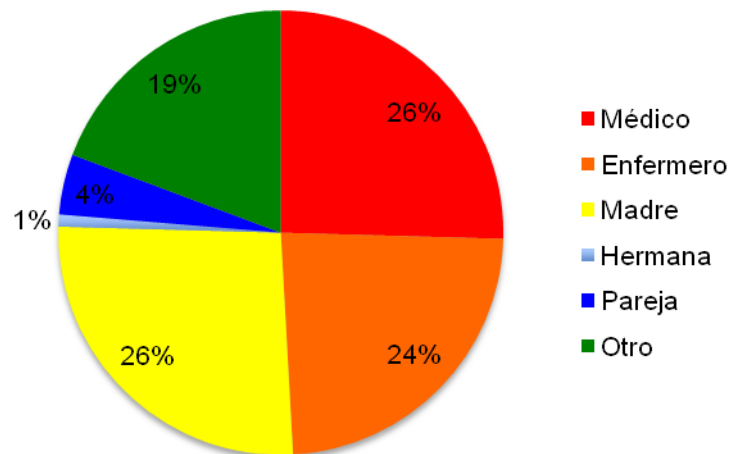
	Universitario	2	1.75
Hijos vivos	1	66	57.89
	2	30	26.32
	3	12	10.53
	4	4	3.51
	5	2	1.75

En los cuestionamientos sobre la intención de iniciar LM, el 97,37% afirmó querer iniciar LM y el 42,98% consideró necesario el inicio de leche de fórmula (LF) durante los seis primeros meses de vida de sus hijos. La mediana de tiempo de inicio de LM fue de tres horas (rango 1 - 24 horas) posterior al nacimiento, encontrando que sólo tres madres (2,63%) no habían iniciado LM al momento de la entrevista, **figura 2**. El 53,5% de las madres refirieron haber recibido información sobre LM durante el embarazo y un 55,2% refirió haberla recibido también durante su estancia hospitalaria. Las personas mencionadas por las madres como fuente de información sobre LM se encuentran en la **figura 3**. Las personas reconocidas como mejor fuente de información de LM fue la madre (26,32%), seguido por el médico (25,44%), **figura 4**.

Figura 2. Horas de inicio de LM posterior al nacimiento.



NS= sin dato NP= sin inicio de LM.

Figura 3. Personas mencionados como fuente de información sobre lactancia materna.**Figura 4.** Personas mencionadas como mejor fuente de información sobre lactancia materna.

Con respecto al conocimiento sobre lactancia materna y otros conceptos de alimentación de lactantes, se reconoce como tiempo adecuado para dar leche materna como único alimento a sus hijos de seis meses en un 85,09%, menos de seis meses en un 5,26% y más de seis meses en un 9,65%.

Sobre el inicio de la alimentación complementaria, el 42,98% , 55,26%, y 1,75% indicaron que el inicio debía ser antes de los seis meses, a los seis meses y después de los seis meses respectivamente.

El 89,45% de las encuestadas consideró que la práctica de LM no afectaba sus cuerpos, mientras que sólo el 50,0% la reconoce como factor protector de enfermedades propio para ellas. El 82,46% sabían que su pareja quería que su hijo se alimentara con leche materna, encontrando que un 14,91% no lo habían discutido con ellas.

Cuarenta y seis encuestadas eran madres de dos o más hijos, de las cuales el 85,11% habían dado LM previamente. El 80,0% continuaron LM por más de 6 meses, 20,0% llegó hasta los 12 meses y 24 meses. Se resalta una madre que prolongó la LM hasta los 72 meses de vida. El 50,0% dio LME durante los seis primeros meses de vida de su anterior hijo vivo.

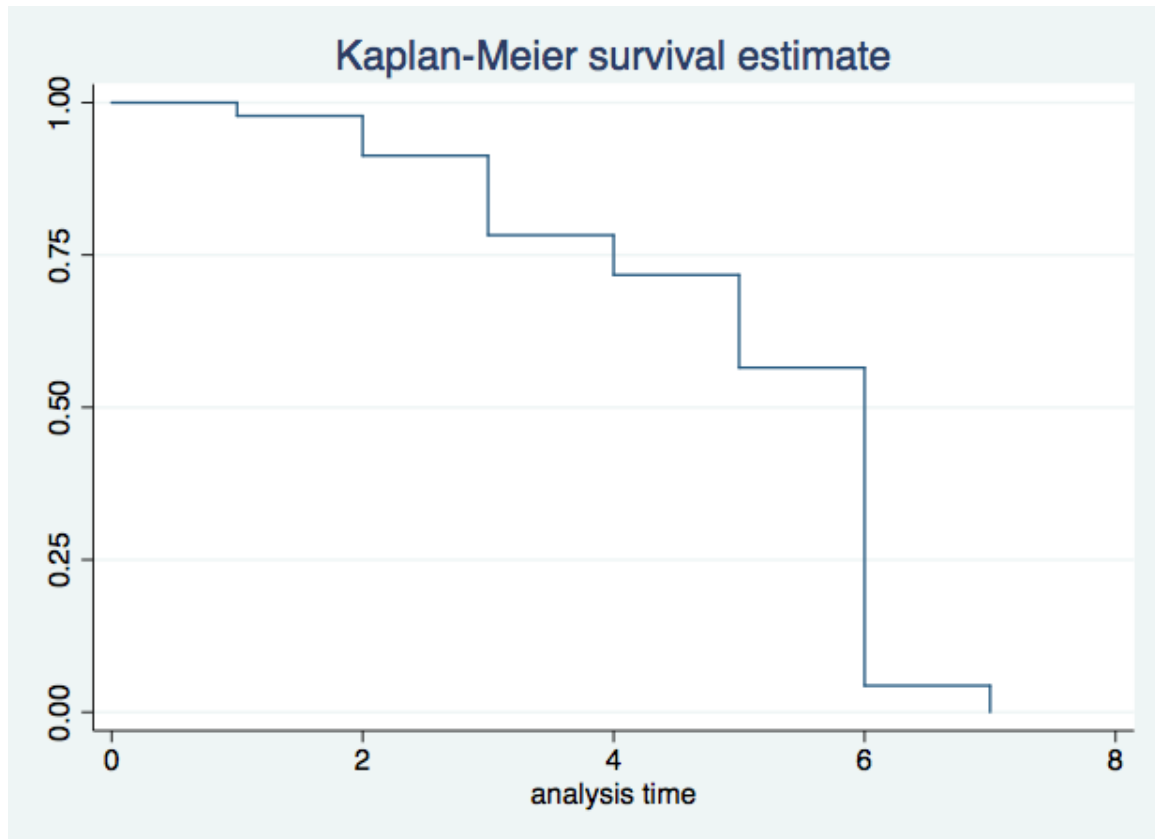
7.2 Segunda fase

En la fase de seguimiento, se hizo al menos una llamada telefónica a las 114 madres, logrando comunicación con 53 madres que corresponde al 60,4% del total de la población. Sin poder completar el cuestionario con una madre por fallecimiento del lactante. El poder alcanzado por este estudio con esta población fue de 50% (IC: 0,19-0,29) (37).

La media de edad de seguimiento de los lactantes fue de 6,6 meses, 33 (62,26%) no habían presentado enfermedad al momento del seguimiento, ni habían estado hospitalizados. EL 61,5% de las madres de estos lactantes tenían la percepción que su hijo se encontraba creciendo bien, con un peso para la edad entre -1 y + 2 DS, dato obtenido únicamente en 16 de los 53 lactantes del seguimiento.

Al momento del seguimiento, 42 madres (80%) se encontraban alimentando a sus hijos con LM. El porcentaje de LME hasta los seis meses para esta población fue de 50%, con un tiempo promedio de LME de 4,4 meses. El 11,5% suspendieron LM antes de primer mes de vida y el 3,8% continuaban con LME después de los 6 meses, **figura 5**.

Figura 5. Tiempo de LME en meses y porcentaje de la población.



El 19,23% de las madres ($n=10$) que no se encontraban alimentando a sus hijos con LM, la habían suspendido a una edad promedio de 2,5 meses. La principal razón de la completa suspensión de LM en este subgrupo fue el rechazo de LM por parte del lactante.

Veintiséis madres alimentaban a sus hijos con leche de fórmula (LF), de las cuales el 38,09% combinaban la alimentación con LM y LF. La edad promedio de inicio de LF

como alimento único o combinado con LM fue de 3,25 meses. Las principales razones para inicio de LF se enumeran en la **tabla 5**.

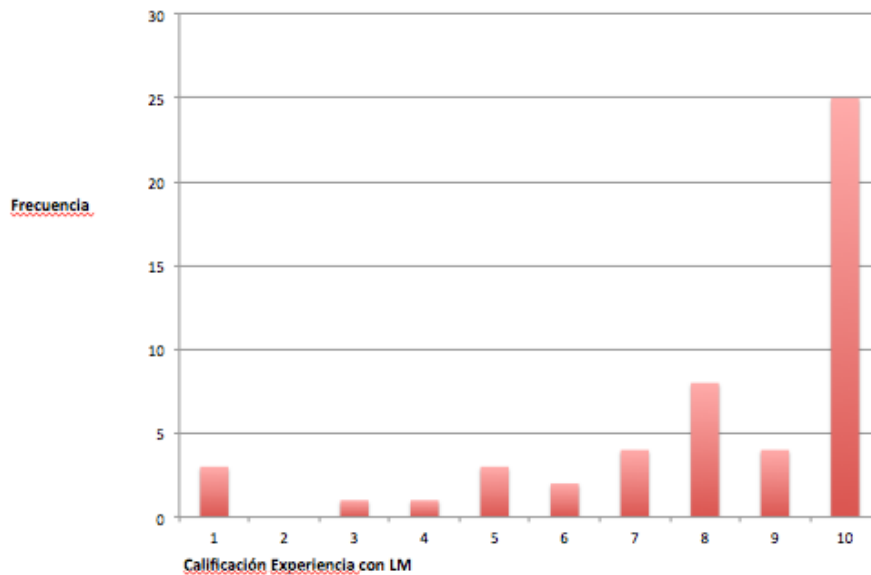
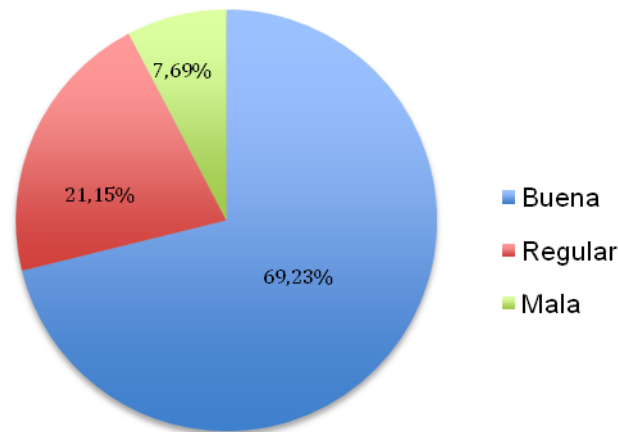
Tabla 5. Razones inicio LF.

Razones Inicio LF	N	%
Bebé dejó de recibir LM	3	11,53%
Enfermedad en madre o en bebé	5	19,23%
Percepción de hambre residual	8	30,76%
Percepción de leche insuficiente	6	23,07%
Trabajo	4	15,38%

El 48% de estos lactantes habían recibido LF durante su estancia hospitalaria al momento del nacimiento, de los cuales seis ya no continuaban con LM al momento de seguimiento.

El 63,4% (33) de las madres encuestadas manifestaron haber presentado problemas con LM en algún momento, siendo estos problemas relacionados con su cuerpo 57,5% (19) con el hijo 27,2% (9) y 15,1% (5) con el trabajo. De las madres que mencionaron haber tenido problemas con la lactancia, el 51,5% y el 33,3% refirió haber recibido apoyo por el personal de salud o por su familia para solucionar estos problemas respectivamente.

En la llamada telefónica se pidió a las madres dar una calificación cuantitativa (escala de 1-10 siendo 1 muy mala experiencia y 10 muy buena experiencia) y cualitativa (buena, regular, mala) con respecto a su experiencia en LM. La descripción de estas calificaciones se encuentran en las **figuras 6 y 7** respectivamente. El 82,69% de las madres consideró que la leche materna era suficiente como único alimento para dar a un lactante en sus primeros seis meses de vida y 94,23% repetiría la experiencia en lactancia materna si tuviese otro hijo.

Figura 6. Calificación cuantitativa de La experiencia en lactancia materna.**Figura 7.** Calificación cualitativa de experiencia en lactancia materna.

Se realizó un análisis de regresión logística para determinar los factores independientes que se relacionaban con el mantenimiento o no de LME hasta los seis meses, **tabla 6**. El modelo que conjuntamente fue significativo para explicar la probabilidad de continuar con LME a los seis meses, fue no haber tenido problemas con la LM OR 27,56 (IC 95%: 4,23 - 179,0), ajustado por el nacimiento por vía vaginal OR 7,50 (IC 95%: 1,38 - 40,82) (Obs:52, LR χ^2 27,37, Pseudo R^2 0,37) el cual prevé el 78,85% de las observaciones (McFadden R^2 0,38).

Tabla 6. Análisis de regresión logística de factores relacionados con LME a seis meses (n=52).

Variable	Categoría	OR	IC 95%	p	chi 2
Edad materna		0,9	0,85 -		
Estrato		4	1,04	0,2	1,2
Socioeconómico	<i>E1</i>	0,9	0,22 - 3,9	0,92	0,5
	<i>E2</i>	1,0	0,25 -	0,92	
	<i>E3</i>	2,0	4,43	0,51	
Nivel Educativo	<i>Primaria</i>	0,6	0,11 -	0,65	6,1
	<i>Bachillerato</i>	4,5	3,38	0,19	2
	<i>Técnico</i>	1,5	1,28 -	0,65	
		2,0	16,27		
Procedencia	<i>Urbana</i>	8	0,62 - 6,9	0,2	1,4
	<i>Rural</i>	0,4	0,14 -	0,23	6
		8	1,60		
Estado Civil	<i>Soltera</i>	0,5	0,15 -	0,26	1,2
	<i>Unión libre</i>	0	1,69	0,26	5
		7	0,5 - 6,64	0,26	
Número de hijos		0,6	0,33 -	0,25	1,3
		6	1,32		8
Empleo	<i>Si</i>	0,3	0,06 -	0,23	1,5
	<i>No</i>	5	1,99	0,23	3
		2,8			
Concepto LME	<i>6 meses < 6 meses > 6 meses</i>	1,8	0,5 - 16,2	0,23	2,3
		2	0,15 -	0,63	6
		0,5	21,63		
		4	0,04 - 6,4	0,65	
		7,9			
Educación de LM en gestación	<i>Si</i>	1,1	0,3 - 20,3	0,21	0,0
	<i>No</i>	6	0,39- 3,45	0,78	8
		0,8	0,28 -		
Educación LM en hospital	<i>Si</i>	5	2,54	0,78	0,0
	<i>No</i>	1,1	0,39 -	0,78	8
		6	3,49		
Tiempo LM a otro hijo		0,8	0,28 -	0,77	
		5	2,55		
		1,0			1,6
		3	0,98- 1,08	0,22	6
Sexo RN	<i>F</i>	1,1	0,39 -	0,70	0,0
		6	3,49		8

		0,8	0,28 -		
	<i>M</i>	5	2,55	0,78	
		<u>5,7</u>	1,6 -	<u>0,00</u>	<u>8,4</u>
Vía nacimiento	<i>Vaginal</i>	<u>2</u>	19,94	<u>6</u>	<u>1</u>
	<i>Abdomi nal</i>	0,1		0,00	
		7	0,05 - 0,6	6	
		0,9	0,16 -		0,2
Edad gestacional		0	1,33	0,25	4
		0,9	0,69 -		
Peso RN (gramos)		9	0,99	0,61	
		<u>22,</u>	4,33 -	<u>0,00</u>	<u>20,</u>
Problemas con LM	<i>No</i>	<u>66</u>	118,42	<u>0</u>	<u>63</u>
		0,0	0,08 -	0,00	
	<i>Si</i>	44	0,23	0	

7.3 Tercera fase

Para la recolección de los datos cualitativos y lograr hacer la construcción de la experiencia en LM, se utilizó el modelo de entrevista en grupos focales. En julio de 2013 se hizo citación a diez madres para participar en el grupo focal sin lograr la asistencia de ellas.

Se hizo una reorganización del grupo de trabajo y del presupuesto citando nuevamente a participantes para los grupos focales. Se realizaron tres grupos focales con la asistencia de doce madres y tres acompañantes que también participaron en la ejecución del grupo focal (madre, esposo y hermano), **tabla 7**.

Tabla 7. Composición de los grupos focales.

Características de los participantes	Grupo focal 1	Grupo focal 2	Grupo focal 3
Edad (años)	17, 19, 20, 23, 36, 38	17,18,20,25,32	20, 25, 32
Género	♀ 5 : ♂ 1	♀ 5 : ♂ 1	♀ 3
Tiempo de LM (mínimo/máximo)	3 días - 9 meses	1 día - 9 meses	7 meses
Calificación de la lactancia (1/10)	6,8,10,10	6,10,10,10,10	8,8,10

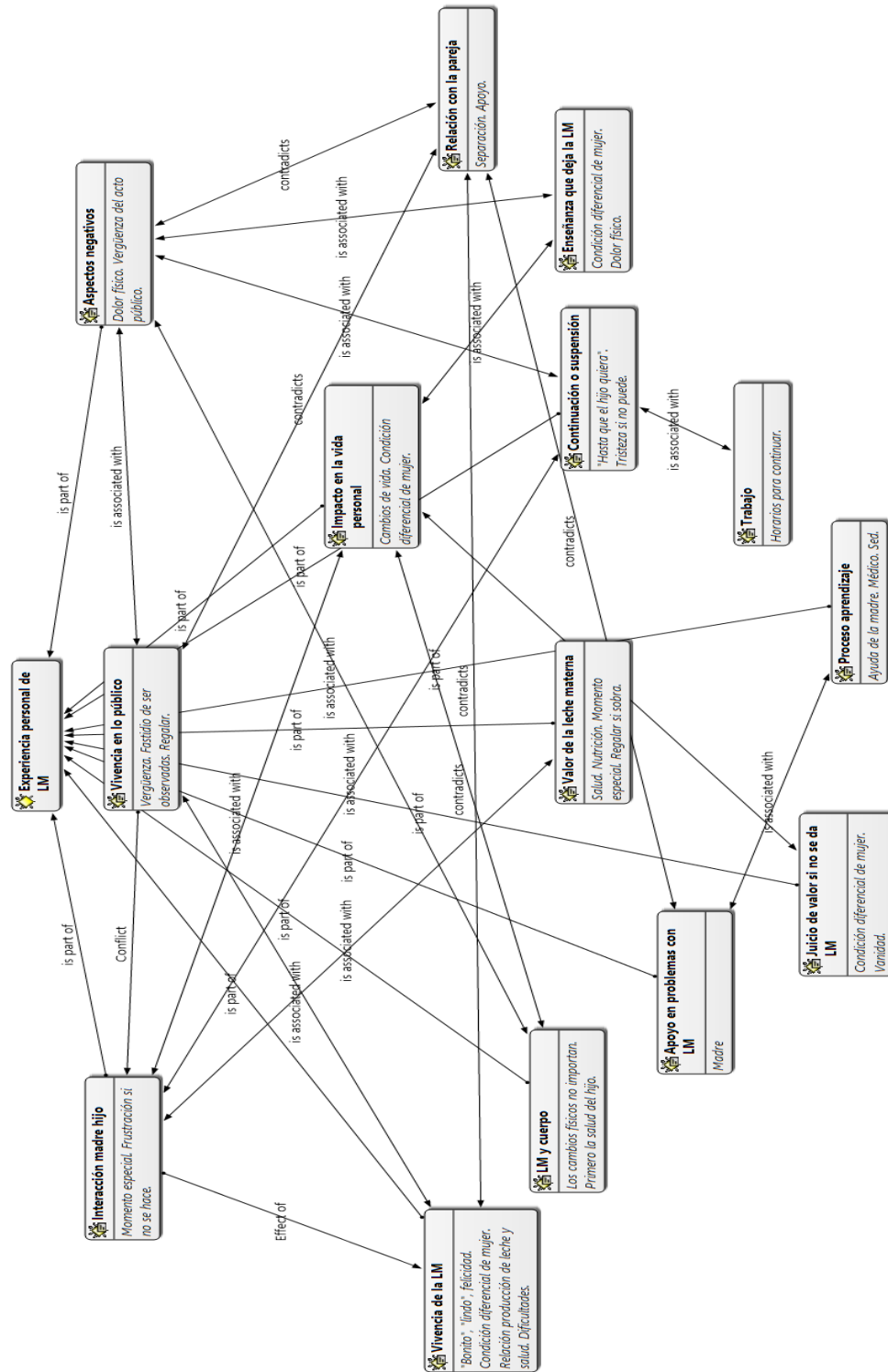
Con respecto a la construcción de la experiencia en LM se identificaron cinco principales dominios. Para el primer dominio que es “vivencia personal de LM” se subcategorizó en diez temas principales, como se explica en la **tabla 8**.

Tabla 8. Dominios experiencia LM.

Definición del constructo	Dominio	Descripción
Experiencia de la lactancia materna. Se define como una práctica que se vive en lo cotidiano, que genera conocimiento, el cual es capaz de modificar la forma de actuar de las personas.	Vivencia personal	Tema 1: Desarrollo personal de la LM Tema 2: Proceso aprendizaje Tema 3: Decisión continuación o suspensión de LM Tema 4: Valor de Leche materna Tema 5: Aspectos negativos de LM Tema 6: Juicio de valor si no se da LM Tema 7: apoyo en problemas con LM Tema 8: interacción madre / hijo Tema 9: impacto en la vida personal Tema 10: LM y cuerpo
	Vivencia en lo público	Desarrollo la LM en el contexto social, cotidiano. (práctica en la calle, en los buses, miradas, presión social, cuerpo, trabajo).
	LM y trabajo	Barreras, problemas, soluciones, impedimentos.
	Relación con la pareja	Cambios en la dinámica de pareja, debilidades, fortalezas, apoyo.
	Enseñanza de la LM como mujer	Ganancia obtenida como individuo

Se construyó una red semántica que explica de manera gráfica la interrelación de los dominios identificados sobre la experiencia de LM con los grupos focales, **figura 8**.

Figura 8. Red semántica experiencias en LM



Dominio 1 – La vivencia personal

Sobre la vivencia personal de LM, se encontró que la mayoría de las madres la identificaron como un proceso agradable, interesante y placentero, determinando connotaciones como el deber que tiene una madre de alimentar a su hijo con leche materna, además de la creación de un vínculo afectivo con el hijo. Para estas madres el acto de LM no fue únicamente con objetivos nutritivos, para ellas existe el sentimiento de estar pasando cariño, amor y bienestar a sus hijos a través de la leche: “No es como cuando uno esta con la pareja, sino que se siente diferente, no es placer... sabe uno que esta alimentando bien a sus hijos, que les esta pasando salud a través de la leche” (LD 19 años).

En la descripción del proceso inicial de la LM se hallaron dificultades, como el acople del recién nacido con la succión al seno, la poca producción de leche, el dolor experimentado por las madres. Siendo superados a partir del proceso propio de aprendizaje y el apoyo de otras personas “...el primer día casi no salía, ella lloraba de hambre (refiriéndose a su hija), mi mamá me dio ese hinojo con leche y fue como si me hubiera destapado”. (LD 19 años). La experiencia de producir leche, de verse los senos llenos fue descrita como algo agradable, con la satisfacción que da saber que se va a tener un hijo sano: “Sentir los senos llenos de leche la da a uno la tranquilidad que el hijo se va a alimentar bien, es una gran felicidad” (MR 38 años).

Se identificó además que se tiene una proyección, o una idea preconcebida del acto de lactar, la mujer se prepara y logra desarrollar una mejor experiencia: “Si las mujeres no planean la lactancia, es difícil la experiencia, la lactancia debe anhelarse” (AL 19 años). De las doce participantes sólo dos no continuaban con LM, habiéndola suspendido en los primeros meses de vida de sus hijos. En una de las madres se encontró una ausencia de planeación o deseo de lactar “.. a mi nunca me llamó la atención eso de darle leche a mi hijo..... cuando medio le gusto (la leche materna) ya estaba muy viejo y pues ya qué”. (LSC 20 años).

Existen aspectos negativos relacionados con la LM, en su mayoría con experiencias de dolor, desagrado, malestar: “Los senos duelen cuando se llenan de leche, empiezan a sudar y uno siente como se le va mojando la camisa” *Cara de desagrado* (NJT 25 años). Se halló además que estos aspectos desagradables se superan o se aceptan y en la gran mayoría no fueron razón para terminar la LM: “duele pero toca amañarse y ya”

(LAP 36 años). Otro temor experimentado con las madres se relacionaba con la inseguridad que sentían con el acto de lactar, que de alguna forma pudiesen lesionar o maltratar a sus hijos: "... conocía muchos riesgos referente a la lactancia, la experiencia de amantarla a ella fue una combinación del gusto y a la vez el susto que le fuera a pasar algo" (AEC 32 años).

El proceso de aprendizaje de estas madres tuvo una mezcla entre lo científico (que enseña el personal de salud) y lo tradicional (enseñado por sus propias madres), sin ser contradictorios el uno con el otro. "Yo creo que produzco tanta leche por todo lo que me cuidó mi mamá en la dieta" (NJT 25 años). Hubo costumbres similares en los tres grupos, como el uso de leche con *hinojo*, leche con *ruda* y bebidas en base de *malta*, usados para aumentar la producción de leche. Por otro lado se identificaron acciones y *mitos* que tenían las madres para evitar que se "secara" la leche, como usar ropa oscura y apretada, evitar acercarse a estufas o fogones. También el uso de aceite de almendras y baños con la propia leche para curar las fisuras. En cuanto al conocimiento dado por el personal de salud, se encontraron conceptos adecuados y útiles a la hora de solucionar problemas: "fue difícil lactar al principio por dolor, las doctoras me insistían porque esa leche amarilla que se llama calostro que sale al principio, es lo que más necesitan los niños, no se puede desperdiciar" (AL 18 años).

Uno de los aspectos más llamativos resaltado por este grupo de madres tuvo que ver con el valor, la importancia de la leche materna, comparable como un bien preciado y único, que algunas madres fueron incapaces de desperdiciar: "producía tanta leche que mi hijo se llenaba y a mi me daba muy duro botarla Y me la tomaba" LML (23 años). Otras dos madres que se describieron como buenas productoras de leche quisieron compartirla con otros niños, actitud no siempre aceptada por la sociedad: "...tenía leche de sobra, había otro niño que lloraba de hambre, nos atrevimos a decirle a la señora que yo podía darle de mi leche, pero fue como si le hubiéramos insultado la mamá" (LD 19 años).

Como se mencionó anteriormente la mayoría de las participantes pudieron continuar con LME por seis meses, haciéndose evidente que existía un juicio de valor hacia madres que no lactan a sus hijos: "hay mujeres que no lactan que por un *dolorcito*... es un hijo, uno lo parió, como no le va a dar pecho"(LML 23 años).

Las interacciones entre la madre y su lactante vividas a través de la LM fueron descritas de una manera muy especial, entre regañíos y disgustos con actitudes del lactante como *mordiscos* y *halones*. Sin embargo se describió una conexión con una connotación “mágica” entre la madre y el hijo, el seno se adapta a las necesidades de cada niño: “...cuando me tocaba dejar mi bebé en la casa empezaba a sentir que se escurría la leche y llamaba a mi casa y me decían que la niña se había despertando llorando de hambre...desde ahí empiezan los presentimientos con los hijos” (AL 18 años). La leche materna tuvo importantes significados nutritivos para este grupo de madres, no siendo el único propósito de esta, ellas encontraron una manera especial de ligarse con el hijo, de sentirse madres capaces de dar y mantener vida: “El momento de lactancia es un momento de reflexión de mirar al hijo y decirle a través de la leche que lo ama (AEC 32 años).

Los cambios en el aspecto físico relacionados con la LM fueron vividos por la mayoría de las madres, sin embargo estos fueron aceptados como parte del proceso de tener un hijo y ninguna lo consideró como una causa justificable para suspender la lactancia: “sí me veía las estrías y los senos escurridos pero no me importaba, tener a mi hija saludable era lo que mas deseaba en la vida” (AEC 32 años). Sin embargo sí fue percibido que otras madres ponen primero su cuerpo por encima del bienestar de sus hijos, condición juzgada negativamente: “...ellas dicen (otras mujeres) que los niños no necesitan sus leches y que mejor para que no se les caigan los senos” (ALG 17 años).

Dominio 2 – La vivencia en lo público

Uno de los temas que surgió con mayor frecuencia en estos grupos tuvo que ver con respecto al acto de lactar en público. La mayoría de las madres habían vivido la experiencia de lactar en público, surgiendo descripciones como “incómodo”, “da pena”, “no me gusta”. Sin embargo como lo evidenciado con el cambio en los aspectos físicos y negativos relacionados con la LM, para ellas el bienestar de sus hijos esta por encima de cualquier cosa: “yo saco mi seno para amamantar y los hombres empiezan a mirar... es fastidioso, no tienen porque hacerlo” (AL 18 años). En este ejemplo se evidencia que la figura del seno de la mujer aún tenía una connotación sexual independiente del acto de lactancia, condición que no fue igual para todas las madres, donde algunas perciben que el seno de la mujer que lacta, no es el mismo de la mujer que no lo hace: “Si yo voy en un bus me doy cuenta que los hombres no lo miran a uno... pero si miran a la mujer cuando muestra mucho escote” (MR 38 años), condición que es interpretada como de respeto hacia el acto de lactar.

La mayoría de las mujeres entrevistadas no sentían la necesidad de cubrirse si lactaban en público, surgiendo de nuevo la prioridad de suplir las necesidades demandadas por el lactante por encima de cualquier situación. Aunque se encontró que la necesidad de cubrirse no surgía de ellas mismas, sus parejas y otros familiares sí solicitaban que se cubrieran al lactar en público: “A mi a veces se me olvida y me saca el seno y mi esposo me dice: ¡tápese el seno!” *risas* (ALG 17 años). Una de las madres entrevistadas tenía la costumbre de tomarse su propia leche, para lo cual la reacción percibida de otras personas fue de desagrado: “Me decían cochina, sucia y yo les decía no me miren que no le estoy dando a usted” *refiriéndose a consumir su propia leche* (LML 23 años).

En dos de los tres grupos focales se contó con la participación de dos hombres (hermano y esposo de madres participantes), con percepciones contrarias con respecto a ver madres lactar en público. Para uno de ellos, el hecho que una mujer lacte sin pudor alguno no es bien visto, no es aceptado y no lo permitiría en su propia pareja: “me parece muy mal hecho que una mamá llegue y se saque el seno y lo muestre...yo no dejaría que mi pareja hiciera eso” (ED 20 años). El segundo participante fue indiferente al acto de lactar en público, describiéndolo como una situación normal: “...a mi me parece muy normal ver a una mujer lactando, no me importa...yo no miro a las mujeres cuando lactan por respeto, es que uno queda mal” (AD 32 años).

Dominio 3 – Lactancia materna y el trabajo

Aunque hubo barreras relacionadas con la lactancia y el trabajo, de nuevo surge la prioridad del bienestar de los hijos. Algunas madres tuvieron que suspender sus actividades laborales para lograr continuar con la LM, otras adaptaron sus trabajos y horarios para no tener que suspender la lactancia: “yo me llevo a mi hija a trabajar, esta conmigo todo el tiempo y se sigue tomando su leche el horario del trabajo debe adaptarse al horario de la lactancia” (SAV 32 años, *Finca raíz*). Otra cuestión que surgió con respecto al trabajo y la lactancia fue la posibilidad de ordeñar y almacenar la leche, viendo que algunas madres tenían un concepto claro y adecuado con respecto a este aspecto, mientras que otras no lo consideraron como una opción: “Eso del ordeño no me llama mucho la atención, yo creo que la leche una vez sale del seno se contamina” (MR 38 años).

Dominio 4 – Relación con la pareja

En cuanto al impacto que tuvo la LM con respecto a las relaciones entre la pareja, se describieron situaciones disímiles, viéndose que en unos casos se consolidaba la relación, evidenciando una admiración de la pareja por la madre al lograr tener a sus hijos sanos: “esta más pendiente de mi... hay más amor, le gusta ver como esta creciendo de bien el niño... a toda hora me dice dale teta” (MR 38 años). Por otro lado algunas madres identificaron lejanía de la pareja con ellas, viendo que la atención se centraba en el hijo, descuidando la relación con ellas mismas: “él está todo el tiempo pendiente de ella... de mi se ha alejado... cambió mucho...nos alejamos... sólo quiere que le dé de mi leche para que esté bien” (LD 19 años).

Hubo también acciones propias de los padres en apoyo a las madres durante las dificultades de la LM, actos como succionar los senos de sus esposas y beberse la leche fueron resaltados y admirados por ellas: “una vez le toco ayudarme a sacar la leche, el chupaba y la botaba y me decía que sabía muy feo... pero me ayudó a aliviar el dolor” (NJT 25 años).

Dominio 5 – Aprendizajes con la LM

Surgieron temas interesantes con respecto a lo que la experiencia de lactar a un hijo les dejó a estas madres. En general se encontró como principal aspecto positivo la posibilidad de conectarse íntimamente con el hijo, de saber que sus cuerpos se adaptaban a ellos, que les podían ofrecer lo mejor de ellas a través de sus leches. Algunas de estas madres se encuentran en situaciones vulnerables (madres cabeza de familia, madres adolescentes, desempleo, víctimas de violencia intrafamiliar), e identifican la LM como una oportunidad de conocer de lo que son capaces: “yo soy una mujer sola, pero me di cuenta que no necesito de una pareja para tener a mi hijo bien....yo puedo sola” (LML 23 años). Existe también una sensación del amor que pueden transmitir a través de la LM: “Mi hija se siente consentida y amada, se siente una energía muy bonita, esta compenetrada conmigo” (SAV 32 años). Finalmente se describe el poder que tiene la LM en generar y recibir amor, un tipo de amor que no se había experimentado previamente: “Con la LM se me dio la oportunidad de aprender a amar de otra forma... yo le doy amor a él y él me pasa el amor a mi cuando se alimenta con mi leche” (MR 38 años).

8. Discusión

8.1 Análisis cuantitativo

Las prácticas de LM han sido objeto de estudio a lo largo de los últimos años, resaltando la importancia de la misma y de encontrar cuáles son los factores que estimulan o inhiben su implementación en la población general. En el presente estudio se evaluaron factores demográficos, sociales, económicos, educativos y culturales de las madres, así como las condiciones presentes en el ámbito perinatal que se han documentado previamente asociados a la práctica de LM.

El tiempo promedio de LME en este estudio fue de 4,4 meses que aunque no es el recomendado por la OMS de seis meses, es bastante aceptable y mayor a la media nacional de 1,8 meses (2). El porcentaje de madres que continuó LME a los seis meses fue de 46,1% que es significativamente mayor al reportado a nivel nacional de 24% (2) con una $p < 0,05$. Hay que tener en cuenta que una de las grandes limitantes de este estudio fue la pérdida de sujetos al seguimiento siendo casi el 40% de la población. Es indudable que esta circunstancia resta poder a la representación poblacional del mismo. Por otro lado el estudio buscó una población donde la práctica de LM pudiese ser realizada sin limitantes relacionadas con la madre o del recién nacido (prematuridad extrema, hospitalización prolongada en madre o hijo), característica que contribuye a mejorar el tiempo de LME. Debe tenerse en cuenta que el escenario donde se desarrolló el estudio puede también impulsar una mejor práctica de LM. El Instituto Materno Infantil es una institución de salud especializada en el cuidado de madres y recién nacidos y tiene una clara política protectora con respecto a la LM acogiendo los diez pasos hacia una LM exitosa impulsados por Unicef, que ha demostrado ser una estrategia efectiva en cuanto a mejorar el inicio y permanencia en LM.

Se ha encontrado que las características sociodemográficas de las madres tienen importante relación con las prácticas de LM. Con respecto a la edad materna, se ha descrito por algunos autores que a medida que esta incrementa (5 años a partir de los 18 años), se encuentra que es un factor protector para continuar LME por 6 meses OR= 0,80 (IC95% 0,39-0,77) (27), sin embargo estos datos no son consistentes para todas las poblaciones, ya que la edad materna mayor de 35 años también se determina como un factor no protector para tiempo de LME OR: 2,45 (IC 95% 1,26-5,14) (38). En este estudio no se encontró una relación significativa entre edad materna y LME por seis meses, siendo esta población joven (mediana de edad de 21 años), pero no con las características más vulnerables de poblaciones con mayor peso de madres adolescentes o mujeres consideradas como gestantes mayores (edad mayor a 35 años), factores que se relacionan con gestaciones de alto riesgo tanto materno como neonatal.

El nivel educativo de una población, es considerado como una condición protectora con respecto a muchos aspectos relacionados con procesos de salud y enfermedad. En cuanto a la LM, la relación descrita entre nivel educativo y tiempo de LM, también tiene datos disímiles, viendo que para algunos grupos poblacionales el nivel educativo universitario de las madres, es un factor no protector para continuar con LME a seis meses OR:0,12 (IC 95% 0,04-0,42) (38), mientras que algunos hallan relación protectora entre mayor nivel educativo y tiempo de LM tanto para países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo (8,10,39). En nuestro estudio y otros revisados con poblaciones colombianas, no se ha encontrado una relación significativa entre nivel de estudios de la madre y tiempo de LME, sin embargo la mayoría incluyen poblaciones provenientes de zonas vulnerables (11, 35) donde posiblemente hay menor acceso a la educación universitaria, reflejando la necesidad de hacer estudios en poblaciones con estas características.

Con respecto a la educación o recepción de información sobre LM, son definitivamente factores protectores para la práctica de la misma, (40). En el grupo de madres incluidas en este estudio la mitad había recibido información de LM durante su gestación y durante su estancia hospitalaria. Más de 80% de las madres tenía el concepto claro en cuanto a la duración recomendada de LME y más de la mitad identificó la edad de seis meses como la ideal para iniciar alimentación complementaria, reflejando unos conocimientos básicos adecuados de LM y alimentación en lactantes. No se halló una relación

estadísticamente significativa entre estas variables y la continuación de LME por seis meses. Las estrategias educativas de la población deben ir más allá de lograr conceptos adecuados, estas deben inducir cambios en las conductas de los sujetos ya que es en la acción y no sólo en el conocimiento donde se determina el impacto de la mismas. Posiblemente no es suficiente informar a las madres únicamente en la gestación y estancia hospitalaria, el seguimiento posterior al nacimiento del recién nacido debe asegurarse, ya que es en este periodo donde surgen la mayoría de problemas y aumenta el fracaso en la LM.

Por otro lado, esta población identificó al personal de salud (médicos y enfermeras) como las personas que mejor información les dieron sobre LM, por encima de figuras importantes como sus propias madres. Esto cobra gran importancia a la hora de reconocer que aunque la LM tiene un componente de enseñanza en tradición familiar y cultural (41), el personal de salud tiene un impacto y un papel fundamental en instruir correctamente a la población y lograr una mejoría en cuanto a prácticas deseadas de LM. De las madres del seguimiento que refirieron haber tenido problemas con LM, sólo la mitad dijo haber recibido apoyo por el personal de salud y una tercera parte ayuda de su familia para solucionarlos, posiblemente reflejando un abandono de las madres por parte de las redes de apoyo posterior al nacimiento de los niños.

Casi la totalidad de las madres evaluadas tenían la intención de alimentar a sus hijos con LM. El hecho de planear y proyectarse en una situación determinada se asocia con el cumplimiento de la misma. Esta intención de lactar se ha descrito como un factor protector para las prácticas de LM (40). El hecho que la mayoría de las madres desearan experimentar la alimentación de sus hijos con LM, induce a pensar que esta práctica es inherente al rol de la maternidad, va ligada a ella y que posiblemente su fracaso se deba a factores externos de la voluntad de cada madre de querer ofrecer leche materna a sus hijos.

Otros factores asociados con el no inicio, continuación o terminación temprana de LM identificados en diferentes estudios son presencia de empleo en madre OR 4,94 ($p < 0,05$ IC 3,08- 8,10), inicio de lactancia en los primeros 30 minutos posteriores al nacimiento OR 1,95 (IC 95% 1,23-3,09 $p = 0,05$) (40), tener mayores ingresos económicos OR 1,59 (IC 95% 1,29-3,11 $p = 0,002$) (38), no apoyo del padre con LM OR 1,70 (IC 95% 1,13-2,82

$p=0,05$) (40) y uso de leche de fórmula en estancia hospitalaria durante el nacimiento OR 3,6 (IC 95% 2,4-5,4 $p=0,00$) (42). Todos evaluados en este estudio sin lograr hacer asociaciones estadísticamente significativas.

De los factores que se encontraron estadísticamente significativos con la no continuación con LME por seis meses en este estudio fue el haber tenido dificultades con la lactancia materna, factor que ha sido mencionado previamente en la literatura (43). La mitad de las madres identificó que los problemas con LM estaban relacionados con aspectos físicos, viéndose además que la percepción de leche insuficiente y hambre residual fueron factores influyentes tanto para suspender completamente la LM como para iniciar LF. Estos resultados son similares a estudios revisados, donde se encuentra que son estas dos razones las principales causas de suspensión temprana de LME (2) y que además están usualmente relacionadas con malas técnicas de alimentación.

Es importante resaltar que aunque tener problemas con la LM fue un factor asociado a la suspensión de esta, todas las madres que tuvieron problemas con LM, consideraron que la leche materna era suficiente para alimentar a un niño durante los primeros seis meses de vida (como único alimento). Además calificaron su experiencia con LM en una mediana de 8,3 puntos sobre 10 (rango 6-10). Se podría decir que gran proporción de la población reconoce la leche materna como un alimento adecuado para sus hijos y que además disfruta la experiencia de lactar, independiente de la presentación de problemas y de la suspensión temprana de la misma.

Otra de las variables que tuvo asociación significativa con la no continuación de LME a los seis meses fue el nacimiento por vía abdominal. Con respecto a esta variable, se ha encontrado relación de la misma con aumentar el tiempo en que se inicia la LM en el recién nacido, factor que a su vez esta relacionado con un menor tiempo de LME (4,39). Sin embargo en este estudio el tiempo de inicio de LM posterior al nacimiento del recién nacido fue de 3,3 horas para los nacidos por vía abdominal y de 2,5 horas para los nacidos por vía vaginal, sin tener diferencia significativa entre estos ($p=0,23$). Otros factores asociados al nacimiento abdominal que pudiesen estar relacionados con un menor tiempo de LME son la presencia de dolor asociada al procedimiento, mayor tiempo de recuperación de la madre, temor a paso de medicamentos asociados a la anestesia por la leche materna. Se resalta nuevamente que la muestra poblacional es baja,

afectando los resultados y asociaciones que se pueden hacer entre los factores relacionados con la práctica de LM.

En este estudio se representa una población de madres perteneciente en su mayoría a estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, con un nivel educativo de primaria o bachillerato del 80%, procedentes de zona urbana en más del 70% y casi el 90% sin empleo. Por lo que es importante resaltar que es necesario explorar otras poblaciones con características diferentes (estrato socioeconómico, nivel educativo, condición laboral) para evaluar otras variables posiblemente asociadas con LM que se no se lograron identificar en este estudio.

8.2 Análisis Cualitativo

La ejecución del componente cualitativo en este estudio fue dispendiosa, debido a la gran dificultad en lograr la participación de las madres, incluso con un incentivo económico. Esto pudo haber sesgado los resultados obtenidos pues las participantes pueden ser sujetos con un especial interés con compartir su experiencia con LM, por el hecho de que fue agradable; además, su disponibilidad de tiempo evidencia que la mayoría no se encontraban trabajando, situación que favorece la práctica de LM.

Este estudio da a conocer la experiencia de la práctica de LM desde un punto personal e íntimo de las madres. El análisis de la información obtenida con los grupos focales permitió identificar cinco principales dominios o temas que construyeron el relato de la experiencia en LM. La construcción de la experiencia en LM es un proceso complejo, que depende de factores propios de cada persona y del entorno en que se desarrolla. Las acciones ejercidas por los individuos van a tener una composición extraída de su propia realidad y de la realidad que viven como actores de la sociedad, y la construcción de la experiencia en LM es reflejo de esta dinámica.

Como se vio en los resultados cuantitativos, el tiempo promedio de LME en esta muestra poblacional fue mayor a la media reportada a nivel nacional. Esta cifra se ve reflejada en los resultados de los grupos focales donde la mayoría de las madres entrevistadas había tenido seis meses de LME, relacionada a su vez con una vivencia predominantemente positiva con respecto a la LM. En cuanto a la vivencia personal de LM, se ve reflejada

una connotación de deber, mezclada con una connotación de placer en la lactancia. Las madres reconocen que alimentar a sus hijos con su leche es la manera de ofrecer el mejor alimento para ellos, pero a la misma vez es una forma de expresar amor, de formar un primer vínculo y relacionarse con sus hijos. El acto de lactar a un hijo está estrechamente ligado con el papel de la maternidad, es inherente a ella; sin embargo y a pesar de su evidente naturalidad debe haber una preparación para la misma. Estas madres reconocieron la importancia de anhelar y proyectarse en la LM y vez resaltaron la necesidad de recibir información y apoyo para poder llevar a cabo una lactancia exitosa. Por lo tanto hay un proceso de aprendizaje previo y durante la vivencia personal de la lactancia, donde además interacciona el conocimiento científico y tradicional.

Es posible decir, de acuerdo a lo relatado por estas madres, que tal vez la LM no surge de una manera plenamente espontánea; detrás de ella existe un importante proceso de aprendizaje, que lleva a la finalidad de darle a una madre la seguridad de ser capaces de alimentar con sus cuerpos a sus hijos. En este estudio como en otros, surge de manera repetida la percepción de producción deficiente de leche y de hambre residual en el lactante, como principales factores relacionados con la suspensión temprana de la LM, reflejando una sensación de insuficiencia de una madre en el papel de lactar a un hijo. Haber reconocido estos aspectos cobra gran importancia a la hora de querer impactar positivamente en la práctica de LM, ya que no es suficiente con tener una madre educada y preparada para lactar, si es durante su vivencia en la lactancia que surgen problemas y no se ofrecen soluciones.

Es indudable que la práctica de LM interfiere con la vida cotidiana de las madres. Esto se refleja en los relatos dados de su vivencia en lo público, en el trabajo, en la relación de pareja. Obviamente la manera que esto se vive es muy personal y único, encontrando connotaciones diversas, donde la lactancia es apoyada o reprochada en los diferentes escenarios a los que se expone. Nuevamente surgen la fortaleza y decisión de una madre que vence o se deja vencer por las barreras y dificultades relacionadas con la LM; interactuando con una sociedad que ve con diferentes caras la LM. Específicamente en este grupo de madres se demuestra la forma en que el acto de lactar se transforma, se prioriza y se incorpora a la vida cotidiana. A pesar de las dificultades que puedan surgir alrededor de ésta, las madres entienden su importancia y ponen el bienestar de sus hijos por encima de todo.

El aprendizaje que deja la LM es trascendental para algunas de las madres, quienes sienten que a partir de la lactancia logran nutrir no solo de una manera fisiológica, emocional. Se mencionó de manera reiterada la sensación de conectarse, de pasar amor y cariño a través de la leche, además del empoderamiento de mujeres capaces de dar y mantener la vida. La experiencia de lactar a un hijo enseña a dar y recibir amor de una manera que no se había vivido anteriormente.

Este estudio se enriquece con las experiencias de madres que en su mayoría vivieron la LM plenamente, por lo que sus relatos son positivos y ayudan a entender el por qué y el cómo una madre vive la lactancia. Sin embargo, los relatos de aquellas madres que por diferentes motivos no pudieron experimentar la LM tienen un valor fundamental, pues es de esta forma que se logra entender aquello más frecuente, el abandono temprano de la LM. Se ha mencionado previamente que existen variados factores relacionados con mantener o abandonar la LM, los cuales han sido intervenidos con estrategias políticas, educativas y salubristas efectivas, pero entender lo que realmente sucede con una madre que no puede o no quiere lactar a un hijo debe ser estudiado a profundidad.

Con los grupos focales se pudo tener el relato de la experiencia de dos madres que suspendieron la LM tempranamente. En los dos casos las razones fundamentales para esta suspensión estaban relacionados con factores externos a su propia voluntad, factores dependientes de su cuerpo o su hijo que ellas no pudieron controlar. En contraposición a los relatos dados por las madres que lactaron por tiempos más prolongados, estas dos madres no describen una sensación de remordimiento o tristeza por no tener la posibilidad de lactar, y encuentran que logran de una misma forma tener un vínculo y demostrar amor a sus hijos alimentándolos con una leche que no producen ellas. Vale la pena cuestionarse si estas emociones y sensaciones que conlleva el acto de amamantar a un hijo, son suficientes para todas las mujeres para definir la toma de una decisión, que como se ha visto, interfiere con la vida cotidiana y necesita modificaciones de la misma.

Finalmente se puede decir que para estas madres la LM es vista como una responsabilidad, pero a la misma vez como una ganancia. La trascendencia de la LM en la vida de estas familias es fundamental. El beneficio que recibe un hijo con lactancia materna es el principio y a la misma vez finalidad de la misma.

9. Conclusiones

La media de tiempo de LME para esta población aunque no es la óptima, es bastante aceptable en comparación a la nacional, encontrando como factores protectores para continuar LME a seis meses el no tener problemas con la lactancia y el haber tenido un parto por vía vaginal. Es necesario explorar otras características poblacionales no valoradas en este estudio que puedan estar afectando las conductas con respecto a la LM. Debe además tenerse en cuenta que la muestra poblacional es pequeña, por lo que la significancia de los resultados cuantitativos es limitada.

Se hace énfasis en que los problemas con LM, deben ser identificados, no solo en los primeros días posteriores al nacimiento de los niños, sino durante todo el proceso de amamantamiento. Para esta población los médicos y enfermeras fueron identificados como las figuras más importantes con respecto a la práctica de LM, por lo que su acompañamiento debe ser permanente y contundente. Se deben establecer estrategias más eficientes de seguimiento de madres y lactantes para así evitar un abandono temprano de LM. Esta población mostró conocimientos adecuados sobre conceptos básicos de alimentación en lactantes, característica que debe aprovecharse para impulsar y mejorar las prácticas de LM.

En este grupo de madres se encontraron características muy positivas con respecto a la LM, como es el disfrute de la experiencia y el concepto de suficiencia de la leche materna para alimentar a sus hijos. Recursos que deben ser usados como generadores de impacto para mejorar la permanencia de LME.

A. Anexo: Encuesta primera fase

Universidad Nacional de Colombia

Departamento de Pediatría

Proyecto Experiencias sobre lactancia materna en una población de madres de Bogotá, Colombia.

Responsables: Daza M

1. Nombres y apellidos de la madre _____
2. Edad: _____ (años)
3. Teléfono casa _____ Teléfono celular _____
4. Dirección
casa _____ Barrio _____

5. Ciudad de nacimiento _____
6. Según el recibo de agua de su casa ¿A qué estrato pertenece su barrio?
1 2 3 4 5 6 No sabe _____
7. Estado civil: casada ___ soltera ___ unión libre ___ viuda ___ separada ___
8. Estudios (marque el mayor grado alcanzado): Primaria ___ Bachillerato ___
Técnico ___ Universitario ___.
9. Hospital de nacimiento del hijo recién nacido _____
10. Fecha de nacimiento del recién nacido _____ Hora de nacimiento

11. Este hijo nació por parto vaginal ___ o por cesárea _____
12. ¿Cuántos hijos vivos tiene? (incluyendo el recién nacido) _____
13. ¿Usted tiene empleo? Si ___ No ___
14. Si está trabajando, ¿va a tener licencia de maternidad? Si ___ No ___ No
sabe _____
15. ¿Quiere darle leche materna a su hijo? Si ___ No ___ No sabe _____

16. ¿Durante cuántos meses cree usted que su hijo debe tomar únicamente leche materna? _____ meses.
17. ¿Cuántas horas de nacido tenía su hijo cuando lo puso por primera vez al pecho? _____ horas. No sabe____ Aún no lo ha puesto _____
18. ¿Ha pensado en darle leche de tarro a su hijo? Si____ No____
19. ¿A los cuántos meses cree que su hijo va a necesitar alimentación diferente a la leche (como frutas, verduras, sopas)? _____ meses.
20. ¿Recibió alguna información sobre lactancia materna durante este embarazo? Si____ No____
21. ¿Ha recibido alguna información sobre lactancia materna desde que llegó a este hospital? Si____ No____.
22. De todos los que se mencionan a continuación, marque con una X uno o varios que le hayan dado información sobre lactancia materna durante este embarazo. Médicos____ Enfermeros____ Su mamá____ Su suegra____ Su hermana____ Su pareja____ Otro (diga quién)_____
23. De estas personas escoja la que más le ha enseñado sobre lactancia materna durante este embarazo. Médicos____ Enfermeros____ Su mamá____ Su suegra____ Su hermana____ Su pareja____ Otro (diga quién)_____
24. ¿Cree que alimentar a su hijo con leche materna le va a afectar su cuerpo? Si____ No____
25. ¿Cree que darle leche materna a su hijo la protegerá a usted contra enfermedades en el futuro? Si____ No____ No sabe____
26. ¿Su pareja quiere que le de leche materna a su hijo? Si____ No____ No sabe____
27. Si tiene otros hijos, ¿les dio leche materna? Marque con una X: A todos____ A algunos____ A ninguno ____
28. ¿Durante cuanto tiempo le dio leche materna a su anterior hijo vivo? _____ meses. No le dio_____
29. ¿Durante cuanto tiempo le dio leche materna como único alimento a su anterior hijo vivo? _____ meses. No le dio_____

30. En alguno de sus embarazos, ¿ha tenido cualquiera de estos problemas en los senos: Infección (mastitis), fisuras (heridas), sangrado, pezón invertido? Si_____ No_____
31. ¿En este embarazo le han examinado los senos? Si_____ No_____

B. Anexo: Encuesta seguimiento estudio lactancia materna

Formato Seguimiento Estudio Lactancia Materna

Fecha llamada:_____

Número Intentos:_____

Buenos días mi nombre es Marcela Daza, soy médica, hago parte del grupo de estudio de lactancia materna de la Universidad Nacional. Yo hablé con usted en el Hospital Materno Infantil cuando su hijo nació y me gustaría hacerle unas preguntas cortas

1. ¿Está de acuerdo? Si_____ No_____
2. Me puede recordar, ¿usted tuvo un niño_____ o una niña_____?
3. Ahora su hijo (a) ¿cuántos meses tiene?_____
4. ¿Su hijo (a) ha tenido alguna enfermedad? Si_____ No_____
5. ¿De qué tipo? Respiratoria_____, Gastrointestinal_____, Urinaria_____, Neurológica _____ Otra_____
6. ¿Estuvo hospitalizado por esa enfermedad? Si_____ No_____
7. ¿Su hijo asiste a controles médicos? Si_____ No_____
8. En esos controles ¿le han dicho si esta ganando peso bien? Si_____ No_____ No sabe_____
9. ¿Recuerda el último peso de su hijo? Peso_____ Edad en meses_____ No recuerda_____
10. Usted sabe si en el tiempo que estuvo su hijo en el hospital cuando nació, ¿En algún momento recibió leche de tarro?
Si recibió_____ No recibió_____ No sabe_____
11. ¿Usted todavía le está dando leche materna a su hijo? Si_____ No_____ Si la respuesta es NO
12. ¿Me podría decir la principal razón por la cual suspendió la leche materna?

13. ¿Usted le está dando leche de tarro a su hijo (a)? Si_____, No_____
14. ¿Desde qué edad inició alimentación con leche de tarro?: _____meses
15. ¿Usted le está dando otro tipo de alimentos como sopas, compotas, jugos a su hijo (a)? Si_____, No_____
16. ¿Desde qué edad le inició este tipo de alimentación?: _____meses
17. ¿Hasta qué edad recibió su hijo solamente leche materna?
_____meses
18. Hasta el momento ¿Tuvo o ha tenido algún tipo de problema alimentando a su hijo (a) con leche materna?
Si_____ No_____
19. Estos problemas se relacionaron con:
Su cuerpo_____, Su hijo (a)_____, Su pareja_____, Trabajo_____, Otro_____
20. ¿Recibió apoyo de su familia para solucionar estos problemas? Si_____ No_____
21. ¿Recibió apoyo del personal de salud para solucionar estos problemas? Si_____ No_____
22. ¿Le parece que alimentar a un bebé solamente con leche materna en los primeros 6 meses de vida es suficiente para que este crezca bien? Si_____ No_____
23. En general, su experiencia con lactancia materna fue: Buena_____
Regular_____, Mala_____
24. De 1 a 10, ¿En cuánto calificaría su experiencia con la lactancia materna?

25. Si usted llega a tener otro bebé, ¿Le daría leche materna? Si_____, No_____,
No sabe_____

Muchas gracias.

Bibliografía

1. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU.
2. Profamilia. [Internet]. Consultado diciembre de 2013. Disponible en:
3. Gartner LM, Morton J, Lawrence R a, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115(2):496-506.
4. Berra S, Sabulsky J, Rajmil L, et al. Correlates of breastfeeding duration in an urban cohort from Argentina. *Society*. 2003:952-958.
5. Dibley M, Senarath U, Agho K. Infant and young child feeding indicators across nine East and Southeast Asian countries: an analysis of National Survey Data 2000-2005. *Public Health Nutrition*: 13(9), 1296–130.
6. Donath S, Amir L. Breastfeeding and the introduction of solids in Australian infants: data from the 2001 National Health Survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 29(2), 171-175 2005.
7. Hamlyn B, Brooker S, Oleinikova K, Wands S. Infant Feeding 2000. Disponible en: www.tso.uk/bookshop. Fuente revisada en octubre 2012.
8. Hornbeak DM, Dirani M, Sham WK, et al. Emerging trends in breastfeeding practices in Singaporean Chinese women: findings from a population-based study. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 2010;39(2):88-94
9. Kimani-Murage EW, Madise NJ, Fotso J-C, et al. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya. *BMC public health*. 2011;11(1):396.
10. Lanting C, Van Wouwe J, Reijneveld S. Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors. *Acta paediatrica Oslo, Norway*:1992.
11. Londoño L, 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, Bogotá (Colombia), 9 (19): 124-137. 2010
12. McCann M, Bender, D. Perceived insufficient milk as a barrier to optimal infant feeding: examples from Bolivia. *Journal of biosocial science*. 38 (3) 341-64. 2006
 13. Nabulsi M. Why are breastfeeding rates low in Lebanon? A qualitative study. *BMC pediatrics*. 2011;11(1):75.
 14. Samuel T Thomas T, Bhat S, Kurpad V. Are infants born in baby-friendly hospitals being exclusively breastfed until 6 months of age? *European journal of clinical nutrition* 2011 (1-7).
 15. Jones G, Steketee RW, Black RE, et al. Child survival II How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet*. 2003;362:65-71.
 16. Situación Nutricional - Encuesta ENSIN. Available at: http://www.colombianutrinet.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=26&Itemid=80. Accessed January 22, 2012 .
 17. Progress towards the Millennium Development Goals , 1990-2005 Goal 1: Eradicate extreme poverty and hunger people living in extreme poverty. *World Development*. 2005:1990-2005.
 18. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. OMS 2003.
 19. ACOG Comitee opinión: Breastfeeding, maternal and infant aspects. February 2007.
 20. Organización mundial de la salud, división de salud y desarrollo del niño. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra 1998.
 21. Sáenz María L, Camacho Ángela E. Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. *Rev. salud pública*. 9 (4):587-594, 2007.
 22. Dykes F. "Supply" and "demand": breastfeeding as labour. *Social science & medicine* (1982). 2005;60(10):2283-93.
 23. Awano M, Shimada K. Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study. *International breastfeeding journal*. 2010;5:9.
 24. Arts M, Geelhoed D, De Schacht C, et al. Knowledge, beliefs, and practices regarding exclusive breastfeeding of infants younger than 6 months in Mozambique: a qualitative study. *Journal of human lactation* : official journal of International Lactation Consultant Association. 2011;27(1):25-32; quiz 63-5.

25. Fjeld E, Siziya S, Katepa-Bwalya M, et al. "No sister, the breast alone is not enough for my baby" a qualitative assessment of potentials and barriers in the promotion of exclusive breastfeeding in southern Zambia. *International breastfeeding journal*. 2008;3:26).
26. Bulla FB, Carolina D, Álvarez P, et al. Lactancia Materna: Una revisión de la evaluación de esta práctica a través del tiempo. El caso de algunas comunidades indígenas en Colombia. :246-257).
27. England L, Brenner R, Bhaskar B, et al. Breastfeeding practices in a cohort of inner-city women: the role of contraindications. *BMC public health*. 2003;3:28).
28. Cabrera G, Mateus J, Díaz C. Colombia Médica Representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali. *Colombia Médica*. 2003;34(003):119-123).
29. Giron S, Mateus J, Cabrera G. Costos familiares de mantener y abandonar la lactancia exclusiva en el primer mes postparto. *Rev. salud pública* vol.11 n.3 Bogotá Jun. 2009).
30. Delgado M, Orellana J. Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 55 No.1 2004(9-17).
31. De Montigny F, Lacharite C, Devault A. Transition to fatherhood, modeling the experience of fathers of breastfed infants. *Advances in nursing science*. Vol. 35, No. 3, pp. E11–E22).
32. Tohotoa J, Maycock B, Hauck Y, Howat P, Burns S, Binns C. Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International Breastfeeding Journal* 2009, 4:15.
33. Fuente: http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r8/articulo4.html 26
34. Mejía J. Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones sociales*. Años VIII N°13, pp. 277-299)
35. Rodríguez J, Acosta N. Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2008;10(1):71-84.).
36. Benjumea C. La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados*. 2º. Semestre 2006. Año X-N.º 20)
37. Determinación del tamaño muestral.
“(http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp)” 28

38. Senarath, U, Dibley, Mi Jagho, K. Factors associated with nonexclusive breastfeeding in 5 east and southeast Asian countries: a multilevel analysis. *J Hum Lact* 2010 26: 248.
39. Thu H, Eriksson B, Khanh T, Breastfeeding practices in urban and rural Vietnam. *BMC Public Health* 2012, 12:964.
40. Sasaki Y, Ali M, Kakimoto K, Saroeun O, Kanal K, Kuroiwa C, Predictors of exclusive breast-feeding in early infancy: a survey report from Phnom Penh, Cambodia, *Journal of Pediatric Nursing* (2010) 25, 463–469.
41. Hizel S, Ceyhun G, Tanzer F, Sanli C. Traditional beliefs as forgotten influencing factors on breast-feeding performance in Turkey. *Saudi Med J* 2006; Vol. 27 (4): 511-518).
42. Díaz C, Lopez R, Herrera I. Factors associated with breastfeeding in children less than one year of age in the city of Cartagena, Colombia. *Colombia Médica*. Vol. 42 N° 2 (Supl 1), 2011.
43. Marshall R, Rêgo VH, Miroshnik I, Lieu TA, Tave- ras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M. Breastfeeding Opinions and Practices of Clinicians Associated With Continuation of Exclusive Breas- tfeeding. *Pediatrics*. 2004.