

La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes

Complementary feeding: A practice between two knowledges

Yibby Forero T.^{a,b}, María José Acevedo R.^{a,c}, Jenny Alexandra Hernández M.^{a,d}, Gina Emely Morales S.^{a,d}

^aInstituto Nacional de Salud, Colombia

^bBacterióloga, Magister en Ciencias

^cAntropóloga

^dNutricionista

Recibido el 5 de abril de 2018; aceptado el 25 de junio de 2018

Resumen

Introducción. La alimentación complementaria (AC) comprende un periodo en la vida del lactante que inicia cuando se introducen alimentos diferentes a la leche materna. Está determinada por factores sociales y del medio ambiente, que facilitan o limitan el inicio adecuado de esta práctica, incidiendo directamente en el estado nutricional y de salud de los niños. **Objetivo.** Identificar barreras y facilidades para el seguimiento de las recomendaciones nutricionales en relación al inicio temprano de la AC en niños y niñas entre 0 y 24 meses de edad en una población perteneciente a un programa de atención integral a la primera infancia. **Sujetos y métodos.** Estudio cualitativo fenomenológico, longitudinal, seleccionando a través de una muestra intencionada 43 madres, a las que se les realizó entrevistas en profundidad y 11 grupos focales. Las categorías predefinidas fueron el contexto de la madre, representaciones y experiencias frente a la gestación, significados y experiencias de la lactancia materna (LM), y la AC. El análisis comprendió las relaciones entre las unidades de significado y categorías predefinidas y emergentes. **Resultados.** AC es una práctica social que resulta de la mezcla de saberes médicos y populares, sin embargo, el grado de influencia que tienen estos últimos en las madres es mayor debido al grado de acompañamiento que tienen de su círculo cercano, en especial madres, abuelas y mujeres de la familia. El desconocimiento sobre lactancia materna exclusiva (LME) y AC en términos conceptuales y prácticos, impide que las madres puedan llevar a cabo prácticas adecuadas. La gran mayoría no tiene claridad sobre lo que implica la exclusividad de la LM, resultando en un inicio temprano de la AC, o no cuentan con criterios objetivos para valorar su producción de leche. A pesar de haber recibido capacitación, la AC inició de manera temprana en la mayoría de los casos, hecho en el que la influencia familiar cercana fue decisiva. **Conclusiones.** La experiencia de la AC está fuertemente influenciada por el entorno cercano de la madre y las recomendaciones que reciben de profesionales de la salud no son suficientes para transformar sus prácticas. Por lo anterior se hace necesario el mejoramiento de las intervenciones de apoyo en materia de AC.

Palabras clave:

Práctica; Alimentación complementaria; Lactantes; Lactancia materna

Abstract

Introduction. The complementary feeding (CF) comprises a period in the life of the infant that starts with the introduction of foods other than breast-milk. It is determined by social and environmental factors which facilitate or limit the appropriate initiation of this practice, directly affecting the nutritional and health status of children. **Objective.** To identify barriers and facilities for the follow-up of nutritional recommendations regarding the early start of CF in children between 0 and 24 months of age belonging to a comprehensive early childhood care program. **Materials and methods.** Phenomenological, longitudinal, qualitative study in which 43 in-depth interviews and 11 focus-groups were carried out. Predefined categories were the context of the mother, representations and experiences of gestation, meanings and experiences of breastfeeding (BF), and CF. The analysis included the relationships between the units of meaning and predefined and emerging categories. **Results.** The CF is a social practice which is the result of medical and popular knowledge mixture, however, the degree of influence that the latter has on mothers is higher due to the degree of support that they have from their close circle, especially from mothers, grandmothers, and women of the family. The lack of conceptual and practical knowledge about exclusive breastfeeding (EBF) and CF prevents mothers from carrying out good practices. Most of them do not know clearly what is involved in the EBF, resulting in an early start of CF, or do not have objective criteria to assess their milk production. Despite having received specific training, CF started early in most cases, a fact in which close family influence was decisive. **Conclusions.** The CF experience is strongly influenced by sociocultural aspects not only of the mother but of her immediate circle, and the recommendations they received from health professionals are not enough to change their practices. Therefore, it is necessary to improve CF support interventions.

Keywords:
Practice;
Complementary feeding; Infants;
Breastfeeding

Introducción

La lactancia materna (LM) consiste en alimentar al infante con leche humana y se recomienda que esta sea de manera exclusiva hasta los seis meses de vida, momento en el que se deben introducir alimentos que acompañan a la leche materna sin sustituirla pues se aconseja continuar amamantando hasta los 24 meses de edad y más^{1,2}. La alimentación complementaria (AC) y la lactancia materna exclusiva (LME) al hacerse de manera adecuada son las intervenciones más efectivas para disminuir la morbimortalidad infantil, por tal razón el análisis de estas prácticas debe abordarse de manera conjunta teniendo en cuenta que en la práctica intervienen aspectos culturales que pueden afectar el cumplimiento de la recomendación.

La AC debe iniciar a partir de los 6 meses de edad del niño² y no antes pues el lactante no cuenta con una maduración y desarrollo suficiente de sus sistemas orgánicos³. La introducción temprana de la AC puede generar inconvenientes como reemplazo de la leche materna por ingesta de alimentos menos nutritivos, incapacidad del niño para digerir algunos alimentos, exposición precoz a patógenos y alergénicos de los alimentos, entre muchos otros⁴. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) posterior a los 6 meses de edad, los beneficios potenciales para la salud superan a los posibles riesgos^{4,5}.

Existe evidencia según la cual las prácticas adecuadas de AC han dado lugar a una marcada y rápida re-

ducción del retraso en el crecimiento, especialmente en el caso de las poblaciones más vulnerables^{2,4,6}. Por otra parte, se ha estimado que las prácticas inadecuadas de AC, especialmente el inicio temprano, provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de la carga de enfermedades entre los niños menores de 5 años^{2,7,8}.

Las recomendaciones de la OMS han sido adoptadas por Colombia en su Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 “*Un imperativo público para la protección y la alimentación adecuada de los niños y niñas menores de dos años*”⁹. Sin embargo, en Colombia las prevalencias de LM y AC no cumplen con las recomendaciones internacionales. Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional-Colombia 2010 (ENSIN 2010)¹⁰ la introducción de la AC se inició a los 2.7 meses con líquidos distintos a la leche materna, y según la encuesta del 2015¹¹ el 63.9% de los niños recibió alimentos diferentes a la leche materna antes de los 6 meses de edad.

Por otra parte, se ha reconocido que la alimentación humana es un fenómeno complejo que no sólo tiene que ver con hechos biológicos y nutricionales de los organismos y los alimentos, sino que además está determinada por factores sociales y culturales propios de la especie humana. La alimentación hace parte de una tradición cultural y familiar en la que confluyen tanto factores colectivos como subjetivos y simbólicos como materiales¹².

Teniendo en cuenta lo anterior, y que en Colombia no se cumple la recomendación a pesar de las múltiples

intervenciones que han sido implementadas, se planteó este trabajo que tiene por objetivo identificar barreras y facilidades para el seguimiento de las recomendaciones nutricionales en relación al inicio temprano de la AC en niños y niñas entre 0 y 24 meses de edad en una población perteneciente a un programa de atención integral a la primera infancia en la ciudad de Bogotá, con el fin de contribuir a que este conocimiento permita una reorientación de las estrategias de intervención alimentaria y nutricional para que se tenga en cuenta la realidad sociocultural en la que están inmersas las madres y/o personas responsables de la alimentación de los niños.

Sujetos y Método

Estudio fenomenológico y de corte longitudinal fundamentado en la experiencia vivida por mujeres gestantes y en periodo de lactancia que permitió un acercamiento a sus percepciones acerca de la AC, permitiendo identificar aspectos que facilitan o dificultan

una práctica adecuada según las recomendaciones. Este método cualitativo se empleó con el propósito de buscar unidades de significado a partir de explicar la estructura de las experiencias vividas^{13,14}.

Las participantes del estudio fueron 43 mujeres desde su tercer trimestre de gestación hasta que sus hijos cumplieron 24 meses de edad, beneficiarias de un programa de atención integral a la primera infancia de la ciudad de Bogotá. Su selección se realizó a través de un muestreo por conveniencia¹³ teniendo en cuenta criterios tales como ser beneficiarias del programa, haber aceptado participar en el estudio y, en el caso de las mujeres en periodo de lactancia, haber tenido un embarazo a término y que su hijo hubiera nacido sano.

El tamaño de la muestra se determinó a través de un proceso inductivo que finalizó una vez se alcanzó la *saturación teórica*¹³, entendida como el momento en la investigación en el cual no fue posible encontrar información nueva en términos de nuevas unidades de significado. La saturación se alcanzó luego de 43 entrevistas.

Como se muestra en la tabla 1, el promedio de edad de las madres fue de 24 años con una desviación estándar de 6,4, el 26% eran menores de 18 años. El 76,5% contaba con estudios de secundaria y un 2% no tenía ningún nivel de escolaridad. El 65,2% de las madres pertenecía al estrato socioeconómico 2 y el 91% se encontraba afiliada al régimen de seguridad social en salud.

La actividad principal de las mujeres era realizar oficios en el hogar (64,3%) y en menor medida trabajar (17,5%) o estudiar (14,9%). El 50% de las menores de 18 años dedicaba parte de su tiempo a estudiar (tabla 1).

El 53,9% de las madres se encontraba casada o en unión libre, el resto eran madres solteras o separadas (Tabla 1). En el 42,9% de los casos las participantes consideraban que su pareja actual era el jefe del hogar y el 79,1% manifestó que su pareja actual era el padre del niño. El promedio de personas por hogar fue de 5,5 en donde además del núcleo compuesto por madre, padre e hijo, convivían en la misma vivienda con otros familiares, principalmente abuelos del niño, hermanos, tíos y primos. Hecho que funcionaba como red de apoyo en materia económica y en labores domésticas y de cuidado¹⁵.

Las técnicas de recolección de información utilizadas fueron la entrevista en profundidad¹⁶ y los grupos focales¹⁷, que se hicieron en el domicilio de las participantes y en los sitios asignados por el programa. Las participantes se convocaron durante 2016 y 2017 en seis momentos diferentes: durante el tercer trimestre de gestación, luego del nacimiento de sus hijos, a los 6, a los 12, a los 18 y a los 24 meses de edad del niño. El equipo de profesionales encargado de la recolección,

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variable	Valor en porcentaje (%)			
	≤ 18	19-34	≥ 35	Total
Grupos etarios en años	26	67	7	100
Etnia				
Afrodescendiente	3,7	4,5	11,8	4,8
Indígena	0,9	2,6	2,9	2,2
Sin pertenencia étnica	95,4	92,9	85,3	93,13
Nivel socioeconómico				
1	21,1	19,2	14,7	20
2	68,8	64,3	55,9	65,2
3	9,2	16,6	29,4	15,8
Estado civil				
Casada o en unión libre	4,4	66,6	58,8	53,9
Soltera	8,9	31,7	38,2	45,2
Divorciada	0	0,3	2,9	0,4
Viuda	0	0,6	0	0,4
Nivel de escolaridad				
Ninguno	0	0	2,9	2
Primaria	2,2	5,6	14,7	5,6
Secundaria	95,5	71,9	61,8	75,8
Estudios superiores (Técnico, tecnólogo, universitario)	2,2	19,5	20,6	16,6
Afiliación a seguridad social en salud				
Subsidiado	48,9	48,8	38,2	48,1
Contributivo	44,4	41,4	52,9	42,9
No afiliado	6,7	9,8	8,8	9
Actividad principal				
Trabajo	4,4	20,1	26,5	17,5
Oficios hogar	41,1	69,5	73,5	64,3
Estudio	48,9	7,7	0	14,9
Sin actividad	5,6	2,7	0	3,2

codificación y análisis de la información estuvo conformado por antropólogos y sociólogos capacitados y con experiencia en implementación de metodologías cualitativas bajo la dirección del investigador principal. Siguiendo los aportes de la teoría fundamentada y los estudios fenomenológicos en salud, la codificación se realizó con base en categorías de análisis previamente establecidas según los propósitos de la investigación y con categorías emergentes entre las narrativas y percepciones de las participantes. Este tipo de codificación y análisis se realizó mediante un abordaje individual de cada miembro del equipo investigador sobre las categorías de análisis previamente propuestas y las emergentes, de tal modo que pudiera verificarse su relevancia y su saturación teórica. Este ejercicio fue resultado de una triangulación metodológica cualitativa^{18,19} realizada entre las dos fuentes de información empleadas, las entrevistas y grupos focales y, del contraste entre las categorías previamente establecidas y las emergentes (tabla 2).

Con el fin de garantizar el anonimato de las participantes a cada una se le asignó un código compuesto por las iniciales del investigador, seguido por el número de codificación del Distrito para cada una de las localidades que componen la ciudad de Bogotá, las iniciales de la técnica de recolección de información y por último el código que fue asignado por el equipo de investigación a cada una de las participantes.

La información fue recolectada y grabada en audio, previa firma del consentimiento informado. Esta fue transcrita y posteriormente sistematizada mediante un proceso de codificación que incluyó la identificación de los primeros códigos de trabajo, así como las categorías emergentes y a continuación, se verificó el proceso de saturación de categorías y se realizó el análisis de la información^{13, 17, 20}. El análisis se hizo de manera inductiva sin forzar los datos dentro de las categorías preconcebidas.

El uso de técnicas confiables de recolección de datos, estrictos procedimientos y la realización de controles para garantizar la calidad de los hallazgos²¹ aseguró la rigurosidad científica del estudio, su credibilidad, fidelidad, confirmabilidad y transferibilidad¹³. Los hallazgos fueron compartidos con 8 participantes con el fin de confirmar que los resultados del estudio eran reflejo de sus vivencias. De igual manera, los autores registraron cada paso de la investigación y del proceso de análisis²² (Figura 1).

La investigación se acogió a la normatividad para estudios de investigación en salud, establecida en la Declaración de Helsinki (1975 y revisada en 1983)²³ y tuvo en cuenta las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas de la Investigación en Salud establecidas en la resolución No. 008430 de 19939 en Colombia²⁴, que la definieron como una investigación con riesgo mínimo. Ninguna persona fue obligada a participar en el estudio si no lo deseaba y podía retirarse en el momento que quisiera. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud (INS) de Colombia.

Resultados

Los resultados abordan las categorías predefinidas (tabla 2) y se encuentran expresados en forma secuencial a partir del tercer trimestre de gestación hasta llegar a los 24 meses de edad del niño e incluyen citas textuales de las participantes.

El 56,7% de las mujeres eran madres primerizas y aunque el 58,4% de los embarazos no fueron planeados, especialmente en el caso de las menores de 18 años, el 90% manifestó desear el hijo posteriormente. Hasta los dos meses de edad el 93% de los niños se encontraba bajo el cuidado de sus madres, el resto eran cuidados por sus abuelas u otras personas. Las

Tabla 2. Categorías y preguntas directrices de grupos focales y entrevistas

Características del contexto de la madre	Se indagó sobre la edad, estado civil, estructura familiar, nivel educativo y condición socioeconómica
Representaciones y experiencias frente a la gestación	Se indagó por las representaciones y experiencias que tienen las participantes de la gestación, cambios experimentados, aspectos positivos o negativos percibidos, situación de salud durante el embarazo, asistencia a controles prenatales, cursos psicoprofilácticos y/o servicio de urgencias
Significados y experiencias de la lactancia materna y la alimentación complementaria	Se indagó por las percepciones y conocimientos sobre la lactancia y la alimentación complementaria, acceso a información sobre la lactancia y la alimentación complementaria durante y después del embarazo, fuentes de información sobre lactancia y alimentación complementaria, motivos para lactar o dejar de hacerlo, redes sociales de apoyo, entorno familiar/ lactancia/ alimentación complementaria, trabajo/ lactancia/ alimentación complementaria, facilidades y dificultades sentidas frente a la lactancia/ alimentación complementaria, representaciones de la alimentación, uso y acceso al sistema de salud y a los grupos de apoyo a la lactancia materna

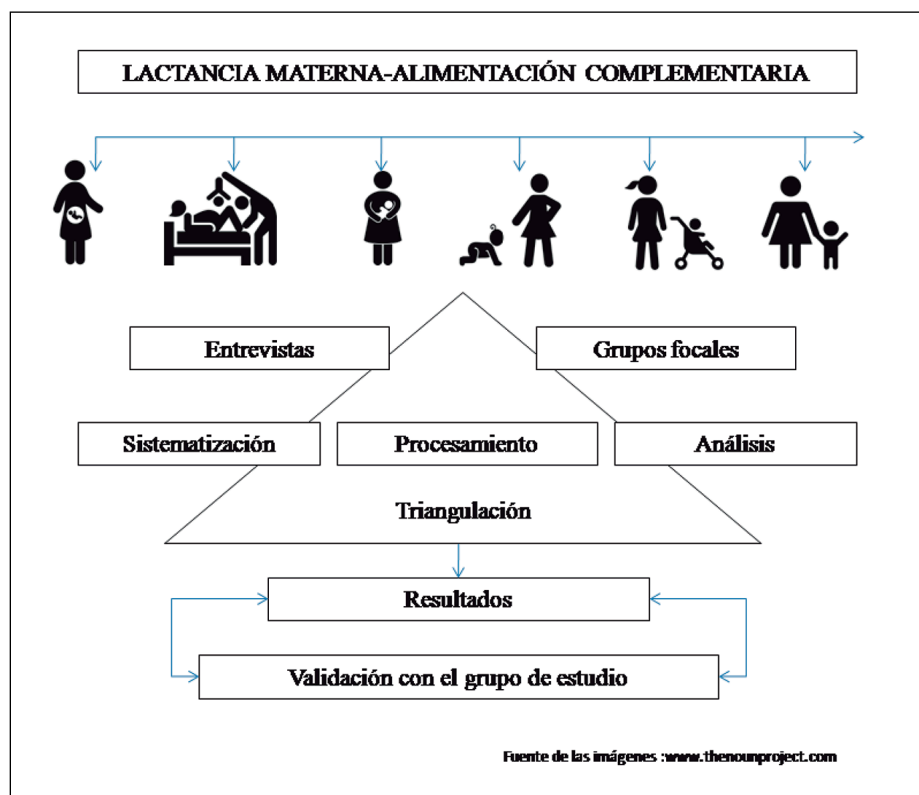


Figura 1. Organización de la información.

participantes pensaban retomar sus actividades previas al embarazo una vez sus hijos cumplieran 6 meses de edad. Ninguna de las participantes contó con licencia de maternidad dado que su actividad económica era informal.

Todos los partos se realizaron en una institución hospitalaria, en el 60% de los casos se practicó parto natural y el 67% de las madres tuvo contacto piel a piel de manera inmediata con sus hijos. Sólo el 20% de las mujeres presentaron complicaciones tales como alta presión, problemas de dilatación, sufrimiento fetal o hemorragias y de éstas un número reducido requirió ser hospitalizado luego del parto.

El 68,8% de los recién nacidos recibió LM durante su primera hora de vida y aquellas participantes que no realizaron esta práctica señalaron razones como falta de indicación o apoyo médico y debilidad. El 71,9% recibió asesoría en LM luego del parto, principalmente por parte de su Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) en técnicas de amamantamiento. Para las participantes el apoyo inmediato que recibieron en la institución médica fue fundamental al momento de lactar.

Las participantes tenían la intención de iniciar la AC después de los 6 meses de edad de sus hijos, sin embargo, no le dieron mayor importancia al hecho de introducir alimentos como agua, leche artificial, zumos y jugos antes de esta edad. Muchas desconocían

cómo y en qué momento iniciar la AC y pocas creían que lactarían por menos de 6 meses.

En relación con el inicio de la AC las madres recibieron consejos por parte de mujeres de su familia, en especial de sus madres, suegras, hermanas, abuelas y cuñadas, quienes les recomendaron iniciar esta práctica antes de los 6 meses de edad de los niños. “*Mi mamá me dijo que le diera el caldito del frijol que eso le ayudaba con el estómago*” (SR01EN03130). Por el contrario, las recomendaciones que recibieron de profesionales de la salud como médicos generales, pediatras, enfermeras y nutricionistas generalmente señalaban que lo mejor era mantener la práctica de la LME hasta los 6 meses de edad y por tanto iniciar la AC a esta edad, sin embargo, no recibieron explicaciones del cómo y porqué seguir dichas recomendaciones ni recibieron información sobre las consecuencias del inicio temprano de la AC. “*Yo le empecé a dar comida luego de los seis meses porque digamos, el pediatra lo dijo*” (SR05EN05).

La leche de fórmula fue considerada como un suplemento alimentario: “*Lo que pasa es que mi leche no le alimenta a ellos bien, entonces por eso le estoy reforzando con la S26â, o sea es pura clarita*” (CG08EN011601). Bebidas como el agua, los zumos, los jugos y la leche artificial no fueron percibidos como alimentos al no ser de consistencia sólida, razón por la cual consideraban que estos no interferían con la LME.

Los conocimientos tradicionales fueron de gran influencia para las participantes; las recomendaciones de sus familiares fueron acogidas en mayor medida que aquellas de los médicos y/o demás profesionales del área de la salud. El internet fue una fuente de información importante en temas relacionados con AC especialmente para las participantes más jóvenes, mientras que las de mayor edad preferían informarse a través de capacitaciones y talleres. *“Seguí las recomendaciones de mi tía, también sobretodo como que he leído pues fuentes de internet, también tengo un libro en donde he leído lo de la AC y también hay como recetas (...) Yo no he consultado con los pediatras, la verdad, porque no, pues no hemos ido, y yo sé que es una pelea” (JV02EN440).*

La expectativa de lactancia materna total (LMT) coincidió con lo que se dio en la práctica, pues aquellas mujeres que manifestaron tener la intención de lactar a sus hijos aún lo hacía cuando estos cumplieron seis meses de edad. Sin embargo, la prevalencia de LME fue menor en comparación con las expectativas que tenían durante el periodo de gestación. Entre las razones por las cuales las madres dejaron de lactar a sus hijos y por ende iniciaron con la AC, se encontró la percepción de baja producción de leche materna, dificultades en senos y pezones, enfermedad del niño o de la madre y rechazo del niño.

El 69% de los niños del estudio había ingerido algún alimento diferente a la leche materna a los dos meses de edad, la cual llegó a ser consumida por más de la mitad de estos entre los 2 y los 6 meses. Las principales razones de las madres para ofrecer la fórmula láctea a sus hijos fueron la percepción de que estos quedaban con hambre, la sensación de baja producción de leche materna, el hecho de que debían dejarlos al cuidado de otra persona y el considerar que esta es de mejor calidad que otros alimentos, entre ellos la leche materna. *“Le doy leche de tarro como suplemento alimentario, o sea por lo que no le puedo así meter sus buenos platados de alimento seco, entonces tengo la opción del tetero” (AH10EN902).* El biberón fue utilizado por el 57% de las madres para suministrar a sus hijos alimentos diferentes a la leche materna, principalmente leche de fórmula, y en muchos casos se presentó como un sustituto de la LM, ya que solían brindarlo con la misma frecuencia con la que acostumbraban lactar.

La AC de los niños se caracterizó por un inicio temprano de líquidos y semisólidos, tales como agua, zumos de fruta natural (granadilla, manzana, pera, mango, mandarina, pitahaya, naranja, ciruela), agua de frutas o de verduras (lechuga manzana, apio, tomate entre otras), jugos de fruta natural (granadilla, tomate, pitahaya, manzana y mango) y agua de hierbas (anis, canela, manzanilla, hierbabuena). Las razones de inicio de líquidos estuvieron relacionadas en su mayoría con

la percepción de sed y estreñimiento en los niños según las madres.

El inicio de alimentos semisólidos fue variado, no todas las madres comenzaron a los seis meses, la mayoría lo hizo sobre los cinco meses de edad. Las participantes señalaron la influencia de mujeres de la familia, quienes les recomendaron iniciar pronto “para que el bebé se fuera acostumbrando” (JV12EN0103).

Discusión

El momento de inicio de la AC depende de factores socioeconómicos, culturales, biológicos, psicosociales, entre otros, por lo que la edad en la que se introduce el primer alimento al lactante varía notablemente de una población a otra²⁵. En ocasiones, las condiciones socioeconómicas pueden hacer necesaria la introducción temprana de la AC, circunstancias que se dan principalmente en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, pues si la madre se ve obligada a trabajar fuera del hogar y debe abandonar la LME, debe recurrir a la AC para cubrir las necesidades nutritivas del lactante. En concordancia con lo anterior, más de la mitad de los niños de este estudio recibieron AC antes de los 6 meses, coincidiendo con resultados de otros autores quienes señalan que la edad de terminación de la LME es más precoz en las familias con menores ingresos económicos²⁶.

El bajo nivel educativo de las participantes se refleja en una vinculación laboral informal que requiere poca cualificación y se traduce en bajos ingresos, hecho que parcialmente revelaría que por motivos económicos convivan familias extensas en una misma vivienda, lo que a su vez explicaría la gran influencia que tienen las mujeres de la familia en la alimentación de los niños. Para las participantes los consejos de su madre o abuela resultaban ser más veraces que los impartidos por profesionales de la salud, esto principalmente porque en sus familiares encontraban apoyo, acompañamiento continuo y explicaciones basadas en la experiencia. Se debe señalar que en Colombia hasta mediados del siglo pasado la población rural ascendía al 60% del total de la población²⁷. La gran mayoría de las madres y abuelas de las participantes provienen del campo y basan la validez de sus consejos en su experiencia, pues criaron a sus hijos alejadas de saberes biomédicos. Debe además considerarse que la gestación como asunto de interés central para la salud pública es un tema relativamente reciente, pues hace parte del nuevo modelo de atención prenatal de la OMS²⁸, por el cual el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho, con el fin de detectar y gestionar posibles problemas. Dicho modelo ad-

quiere relevancia a la luz de los datos de la OMS, según los cuales las complicaciones durante la gestación y el parto constituyen la primera causa de muerte y discapacidad de las mujeres en edad fértil en los países en desarrollo por causas que en la mayoría de los casos pudieron haber sido evitadas²⁹.

Existe evidencia que señala que un inicio precoz de la AC se asocia a un bajo nivel educativo de los padres³⁰, a la luz de lo cual podría entenderse el por qué aun cuando muchas de las participantes permanecieron en casa hasta que sus hijos cumplieron seis meses de edad no lactaron de manera exclusiva y también el por qué decidieron comprar leche de fórmula a pesar de los altos costos que esta representa.

Estudios demuestran que la educación prenatal contribuye a la prolongación de la LME y al inicio adecuado de la AC,^{31, 32, 33} pues a mayor nivel de escolaridad y de asistencia a cursos y capacitaciones son mayores las posibilidades de que se cumplan las recomendaciones. Sin embargo, según los hallazgos de esta investigación, esto no resultó ser suficiente. Aun cuando la mayoría de participantes afirmó haber recibido algún tipo de capacitación en materia de LME y AC, casi ninguna siguió las recomendaciones. La mayoría no tenía claridad sobre la manera de implementarlas ni sobre las razones por las cuales debía hacerlo. Esto implica un desafío educativo para los distintos profesionales de la salud que deben iniciar su acompañamiento permanente al binomio madre e hijo desde la gestación hasta los 24 meses de edad.

Coincidiendo con otros autores, en este estudio ninguna mujer señaló desventajas de la leche artificial²⁶, al contrario, esta fue valorada de manera positiva en la mayoría de los casos, lo cual posiblemente se encuentra asociado a la publicidad de sucedáneos de la leche materna y al gran desconocimiento que existe sobre los beneficios que trae la LM tanto para la madre como para su hijo, razón que podría explicar que la mayoría de las madres no contemplara la opción de la extracción y el almacenamiento de su propia leche y que optara por comprar leche de fórmula para alimentar a su hijo.

Aun cuando muchas madres refirieron haber presentado dificultades en senos y pezones, ninguna tuvo complicaciones mayores como mastitis o abscesos, que explicarían el abandono de la práctica de la LME y el consecuente inicio de la AC. En esta medida, las barreras fisiológicas no fueron el principal motivo por el cual las recomendaciones de LME y AC no se cumplieron^{34, 35, 36}.

De acuerdo a los resultados de este estudio, la AC es una práctica social que resulta de la mezcla de saberes médicos y populares, sin embargo, el grado de influencia que tienen estos últimos en las madres es mayor debido principalmente al grado de cercanía y acompa-

ñamiento que tienen de su círculo cercano, en especial de sus madres, abuelas y mujeres de la familia³⁷.

El desconocimiento de las madres en temas de AC y LME, en términos conceptuales y prácticos, impide que estas puedan llevar a cabo prácticas adecuadas³³. La gran mayoría no tiene claridad sobre lo que implica la exclusividad de la LM, lo que resulta en un inicio temprano de la AC, o no cuentan con criterios objetivos para valorar su producción de leche. Una inadecuada práctica de la LME ocasiona una mala práctica de la AC, por tanto, es necesario el fortalecimiento de los programas de apoyo a la LM y a la AC teniendo en cuenta el contexto de las madres y sus saberes. En necesario un apoyo constante de profesionales de la salud para que cuenten con herramientas que les permitan hacer frente a las distintas barreras que surgen a lo largo del proceso de la AC^{34, 38, 39, 40}.

Es imprescindible informar al círculo cercano de la madre y a la sociedad en general para que sean un apoyo para la LME y en consecuencia para la AC pues se trata de prácticas sociales en las que todos influyen de manera directa o indirecta.

A lo largo del estudio se evidenció una tensión entre los saberes médicos y los saberes populares, por lo cual es fundamental el acercamiento de estos dos saberes, para que se reconozcan entre sí y las madres puedan tomar lo mejor de ambos para obrar en pro del bienestar nutricional de sus hijos, generando así un impacto positivo en la salud pública del país gracias a prácticas de AC libres e informadas.

Los resultados revelados por este estudio corresponden a la realidad de un grupo específico de mujeres que comparten características sociodemográficas similares por lo que sus conclusiones ofrecen una visión parcial del problema. Lo novedoso es que permite conocer el punto de vista de estas madres con respecto a la manera en la que experimentan la AC con sus hijos.

Responsabilidades Éticas

Protección de personas y animales: Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiación

La investigación fue financiada por Colciencias, el Instituto Nacional de Salud, la Secretaría Distrital de

Integración Social y la Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia.

Agradecimientos

Agradecemos a las madres y familias que accedieron a participar del estudio y a las entidades que contribuyeron con su realización.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte 1. Definiciones. Geneva; 2008:127.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662_spa.pdf, última visita 23-02-2018.
- Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y el niño pequeño: Capítulo modelo para libros de textos dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud [Internet]. Washington; 2010.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf, última visita 02-03-2018.
- Pantoja-Mendoza I, Meléndez G, Guevara-Cruz M, Serralde-Zúñiga A. Review of complementary feeding practices in Mexican children. *Nutr Hosp*. 2015;31 (2).
- Panjwani A, Heidkamp R. Complementary feeding interventions have a small but significant impact on linear and ponderal growth of children in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of nutrition*. 2017;147(11): 2169S-2178S.
- Organización Panamericana de la Salud. Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica. Lima; 2008.[https://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno\(2\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf), última visita 26-01-2018.
- Avula R, Frongillo E, Arabi M, Sharma S, Schultink W. Enhancements to Nutrition Program in Indian Integrated Child Development Services Increased Growth and Energy Intake of Children. *Journal of Nutrition*. 2011; 141(4): 680-684.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Programming Guide: Infant and Young Child Feeding. Nueva York; 2012. https://www.unicef.org/nutrition/files/Final_IYCF_programming_guide_June_2012.pdf, última visita 19-01-2018.
- Bhutta Z, Ahmed T, Black R, et al. What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*. 2008; 371(9610): 417-40.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020. Colombia; 2010.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia 2010(ENSIN). 2010.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia 2015 (ENSIN). 2015.
- De Garine I. Antropología de la alimentación: entre Naturaleza y Cultura. En: Alimentación y Cultura. Actas del Congreso Internacional. 1998; 1: 13-34.
- Streubert H, Carpenter D. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 5a ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2010. 1-496 p.
- Creswell J. Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. 2a ed. Sage Publication; 2012. 1-448 p.
- Puyana Y. La familia extensa: una estrategia local ante crisis sociales y económicas. *Trab. soc*. 2004; 6: 77-86.
- Guess G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*. 2006;18(1):59-82.
- Morgan D. Qualitative Research Methods: Focus groups as qualitative research. 2ª ed. Sage Publications; 1997. 1-80 p.
- Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. 1ª ed. Editorial Universidad de Antioquia; 2003. 1-249 p.
- Turner P, Tuerner S. Triangulation in Practice. *Virtual Reality - Mediated Presence: Virtual Reality, Mixed Environments and Social Networks*, Part 1. Guest Editors: Spagnolli A., Lombard M. & Gamberini L. 2009;13(3):171-81.
- Tate J. Qualitative Secondary Analysis: A Case Exemplar. *Journal of Pediatric Health Care*. 2017;32(3):208-312.
- Miles M, Huberman A. Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook. 2ª ed. Sage Publications; 1994. 1-352 p.
- Erazo M. Rigor científico en las prácticas de investigación cualitativa. *Ciencia, docencia y tecnología*. 2011; 42: 107-36.
- Lucchini C, Márquez F, Rivera M. Yo quiero amamantar a mi hijo”: Develando la experiencia de mujeres que enfrentaron dificultades en su proceso de lactancia. *Revista chilena de pediatría*. 2017;88(5):622-8.
- World Medical Assembly. Declaration of Helsinki. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1964, 1975, 1983.
- Ministerio de Salud. Resolución 008430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Colombia; 1993.
- Contreras J. Alimentación y cultura. Necesidades, usos y costumbres. Editorial Alfaomega. 2002; 1-384.
- Díaz M, Ruzafa M, Ares S, et al. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública*. 2016;90:1-18.
- Palacios M, Safford F. Historia de Colombia País fragmentado sociedad dividida. Ediciones Uniandes; 2012: 1-144.
- Organización Mundial de la Salud. Nuevo modelo de control prenatal de la OMS. 2003; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO_RHR_01.30_spa.pdf, última visita 03_03_2018.
- Ministerio de salud y protección social. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido. Paquetes instruccionales, Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Versión 2.0:1-116.
- Ke J, Ouyang Y, Redding S. Family-Centered Breastfeeding Education to Promote Primiparas exclusive Breastfeeding in China. *Journal of Human Lactation*. 2018;34(2):365-78.
- Aragón M, Cubillas I, Torres A. Maternidad en la adolescencia y lactancia. *Revista Enfermería Docente*. 2015;2(104): 49-54.

33. Martínez P, Martín E, Macarro D, Martínez E, Manrique J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enferm Univ.* 2017;14(1):54-66.
34. Borre Y, Cortina C, González G. Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente? *Rev Cuid.* 2014;5(2):723-30.
35. Lucchini C, Márquez F, Rivera M. "Yo quiero amamantar a mi hijo": Develando la experiencia de mujeres que enfrentaron dificultades en su proceso de lactancia. *Rev Chil Pediatr.* 2017;88(5):622-8.
36. Narges A, Phibbs S, Cheryl B. Reasons for Stopping Exclusive Breastfeeding Between Three and Six Months: A Qualitative Study. *Journal of Pediatric Nursing*; 39: 37-43.
37. Niño L. Caracterización de la lactancia materna y factores asociados en Puerto Carreño, Colombia. *Revista de Salud Pública.* 2014;16(4):560-71.
38. Becerra F, Rocha L, Fonseca D, Bermúdez L. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Rev Fac Med.* 2015; 63(2):217-27.
39. Forero Y, Rodríguez S, Isaacs M, Hernández J. La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá. *Rev Biomed.* 2013; 33(4):554-63.
40. Bolton T, Chow T, Benton P, Olson B. Characteristics associated with longer breastfeeding duration: an analysis of a peer counseling support program. *J Hum Lact.* 2009; 25:18-27.