



Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública

Universidad de Antioquia
revfnsp@caribe.udea.edu.co
ISSN : 0120 – 386X
COLOMBIA

2003

Gustavo A. Cabrera A. / Julio C. Mateus S. / Rocío Carvajal

CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA

Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, enero-junio, vol. 21, número 1

Universidad de Antioquia

Colombia

Pág. 27-41



Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe
Ciencias Sociales y Humanidades

<http://redalyc.uaemex.mx>

Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia

Knowledge about breastfeeding in Valle del Cauca, Colombia

Gustavo A. Cabrera A.¹

Julio C. Mateus S.²

Rocío Carvajal B.³

Resumen

El artículo describe conocimientos de lactancia materna en mujeres y personal de hospitales públicos de una muestra de municipios del Valle del Cauca, Colombia. Entre marzo y mayo de 2001 se estudiaron en diez áreas urbanas tres subgrupos poblacionales mediante encuestas individuales con cuestionarios independientes. Fueron involucradas aleatoriamente al primer subgrupo de estudio 2.080 mujeres de 15 a 54 años; el segundo subgrupo lo conformaron 690 mujeres con parto e hijo vivo atendido en hospital y, el tercero, 140 funcionarios de los hospitales participantes. El conjunto de conocimientos de los encuestados es adecuado, principalmente en aspectos como la importancia nutricional e inmunológica de la lactancia para los infantes. En aspectos como calostro y factores que aumentan o disminuyen la cantidad de leche producida por el seno, los conocimientos de las mujeres son desfavorables para el inicio oportuno, el mantenimiento de la lactancia natural y de la lactancia complementaria, de acuerdo con lo recomendado nacional e internacionalmente. El conocimiento de normas que promueven o protegen la lactancia es bajo. La mitad de púerperas no había recibido durante la gestación —ni en las tres primeras horas posparto— ninguna orientación informativa ni había adquirido conocimientos necesarios sobre lactancia. El origen de los conocimientos sobre lactancia que las mujeres reportaron no está mediado mayoritariamente por la acción de servicios o profesionales del sector. Se requieren acciones permanentes en los ámbitos hospitalario y comunitario para reforzar conocimientos favorables y modificar aquellos inadecuados para promover, proteger y apoyar la lactancia natural en el departamento.

1 Magister en salud pública y doctor en salud pública; profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle; investigador de la División Salud de la Fundación FES. E-mail: gucabrera@fundacionfes.org

2 Médico cirujano y magister en epidemiología, profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle; investigador de la División Salud de la Fundación FES

3 Médica, investigadora de la División Salud de la Fundación FES.

Recibido: 22 de septiembre de 2002. Aceptado: 6 de marzo de 2003.

Palabras clave

Lactancia materna, conocimiento, actitud, práctica.

Abstract

This paper describes knowledge of breastfeeding in women and health officials of public hospitals from a sample of ten municipalities of Valle del Cauca, Colombia. Between March and May 2001, three population subgroups from ten urban areas were surveyed with independent questionnaires. A total of 2.080 women, with ages between 15-54 years, were randomly selected for the first study subgroup; the second subgroup was constituted of 690 women who gave birth in one of the hospitals included in the study, and the third subgroup was composed by health officials of such hospitals. The whole knowledge of the interviewees was adequate, mainly in aspects of the nutritional and immunological importance of breastfeeding for infants. In issues such as colostrum and factors that increase or diminish quantity of milk produced by their breasts, women's knowledge is unfavorable for timely beginning and sustaining of natural and complementing breastfeeding, accordingly to national and international recommendations. Knowledge about norms that promote and protect breastfeeding is poor. Among puerperal women, half of them had not received any information or acquired any basic knowledge about breastfeeding, neither during their pregnancy nor in the first three hours after childbirth. The origin of knowledge about breastfeeding reported by women was not mainly influenced by health services or health officials. Permanent actions at hospital and community levels are requested in order to strengthen favorable knowledge and modify inadequate knowledge to promote, protect and support natural breastfeeding.

Key words

Breastfeeding, knowledge, attitudes, practices.

Introducción

Políticas hacia las mujeres y la niñez han enfatizado el papel de la mujer como responsable de las tareas de reproducción, crianza y nutrición de la familia.¹ En el caso de la lactancia materna es obvio que la mujer está dotada fisiológicamente para ejercer la práctica de amamantamiento y consecuentemente hay funciones que solo ella puede desempeñar.² Sin embargo, acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia conciernen a compañeros y esposos, familiares y comunidades, patrones y empleadores, así como a funcionarios y personal de salud; en fin, al conjunto de la sociedad, en perspectiva de género, población y desarrollo sostenible.³

La lactancia natural exitosa se inicia oportuna e inmediatamente después de nacer y continua con dos fases: la primera, denominada lactancia exclusiva, dura hasta el sexto mes

de vida y es en la que se recomienda alimentar al bebé exclusivamente al seno y, la segunda, en la que se mantiene la lactancia materna con alimentación complementaria adecuada hasta el segundo año de vida.⁴⁻¹¹ Existen por lo tanto tres momentos clave con relación a la posibilidad de tener una lactancia natural exitosa o feliz.^{5, 6, 7} El primero, antes de la gestación y previo al parto inclusive, durante el cual se debe informar y preparar no solo a la mujer sino a su familia en conocimiento, actitud y habilidad acerca de cómo practicar la lactancia. El segundo es inmediatamente después del parto, el momento más crítico en el establecimiento de la lactancia natural feliz, pues corresponde a la transición de la gestación y alumbramiento al amamantamiento propiamente dicho. Durante este segundo momento el bebé debe permanecer al lado de la madre con el fin de iniciar oportunamente el amamantamiento y fortalecer la relación madre-hijo.⁹ El tercero y último es el periodo posparto, durante el cual se debe motivar a la madre para que logre resolver oportunamente dudas o temores, superar barreras y dificultades, y así mantener por seis meses la lactancia exclusiva y la complementaria adecuada hasta los dos años de vida de su hijo.³⁻¹¹ Sin embargo, la experiencia demuestra que, equivocadamente, se alimenta muy temprano a los bebés con otras leches y alimentos distintos de la leche materna. Existe al respecto una presión fuertemente ejercida por la industria de alimentos procesados así como por elementos familiares y culturales.⁷ Otra parte de la responsabilidad por la que el amamantamiento no se cumple según las recomendaciones recae en las personas que trabajan en hospitales, centros de salud, en personas muy próximas a las madres gestantes o lactantes y en los empleadores o patronos.⁸⁻¹¹ Los profesionales de la salud y las instituciones del sector son un factor decisivo para lograr que las madres entiendan que al amamantar al niño se le está proporcionando simultáneamente el alimento más adecuado, el único que un bebé necesita hasta los 6 meses, la mejor protección contra las infecciones y una excelente relación afectiva.^{7, 9} También, a la madre, se le está proporcionando la oportunidad de realizarse en la maternidad y de disfrutar beneficios potenciales, como no concebir en el corto plazo y protegerse contra cáncer mamario.^{5, 6, 7}

La Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca contrató, mediante licitación pública, a la División de Salud de la Fundación FES Social para ejecutar en el año 2001 un proyecto del plan de atención básica (PAB). En el marco de acciones de dicho proyecto para desarrollar y fortalecer la política de lactancia materna en el departamento, se diseñó y ejecutó un estudio de tipo CAP (conocimientos, actitudes y prácticas),¹² cuyos resultados fueron usados para implementar los componentes de información, educación y comunicación (IEC) así como de capacitación a funcionarios de hospitales. A continuación se describen los métodos y resultados del componente de conocimientos identificados así como una discusión con énfasis en los estudios de tipo CAP.

Métodos

Entre marzo y mayo de 2001 se ejecutó un estudio transversal, con recolección de datos en fuentes primarias acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) que sobre lactancia materna tenían mujeres en edad reproductiva, mujeres puérperas y funcionarios adscritos a instituciones hospitalarias en diez municipios del departamento del Valle del

Cauca, Colombia.¹² Como se esperaba que la prevalencia de los conocimientos en lactancia fuese superior al 50%, se utilizó el muestreo por conglomerados usado por el programa ampliado de inmunizaciones.¹³ En primera instancia se hizo el levantamiento cartográfico de las manzanas del área urbana de los municipios de estudio y se realizó una selección aleatoria de 30 manzanas en cada uno de estos. Luego se censó la población femenina entre 15 y 54 años en cada vivienda de las manzanas seleccionadas a partir de lo cual se construyó un listado numerado del total de mujeres. Se tomó el grupo de mujeres con edades entre 45 a 54 años para observar y rastrear una variabilidad mayor en el CAP potencialmente mediado por factores generacionales. Por último y para identificar a las mujeres que se entrevistarían, se generaron listados de números aleatorios en la calculadora estadística del programa Epiinfo para seleccionar las 210 mujeres en edad reproductiva que se iban a encuestar en cada municipio y obtener así el listado final de 2.100 mujeres de la muestra.

En cada hospital local público se invitó a participar a toda mujer en puerperio inmediato con hijo vivo no remitido, que hubiera tenido atención del parto en la institución entre las fechas del 20 de marzo y el 20 de mayo de 2001. También se invitaron a participar los funcionarios de diversas profesiones y de preparación técnico-auxiliar vinculados a los diez hospitales públicos seleccionados, que al momento de la recolección actuaban en los servicios de partos, puerperio, neonatos, control prenatal y crecimiento-desarrollo.

Para mujeres en edad reproductiva y en puerperio inmediato se indagaron variables como edad, escolaridad, estado civil, ocupación y paridad. Se exploró el consumo de medios de comunicación y dimensiones de interés sobre sus conocimientos, creencias, actitudes, intenciones y prácticas en lactancia materna. Con el personal de salud se exploraron variables laborales, profesionales, de entrenamiento y dimensiones seleccionadas de su CAP sobre lactancia materna.

Se diseñaron, probaron y ajustaron cuestionarios independientes de recolección de datos a partir de los ya usados por FES en estudios semejantes a comienzos de la década del noventa que fueron aplicados por un equipo de campo sometido a capacitación previa específica para el proyecto. Un procedimiento para obtener el consentimiento informado para participar se aplicó de modo estándar a todos los involucrados en el estudio.

Resultados

Características de la población

De 2.100 encuestas previstas con mujeres en edad reproductiva, 2.080 registros (99,1%) fueron aceptados como válidos para procesamiento. El rechazo a participar entre estas mujeres fue muy bajo; en municipios con mayor población y en zonas urbanas más favorecidas socioeconómicamente las personas fueron en general más reacias a cooperar con los encuestadores. Durante el periodo de recolección de datos, 690 mujeres puérperas

con edades entre 12 y 46 años aceptaron participar; entre estas mujeres el rechazo fue muy bajo, de solo 0,33% del potencial de elegibles.

La tabla 1 resume las características relevantes de los dos subgrupos de mujeres participantes.

Conocimientos en lactancia materna

El 99,9% de mujeres en edad fértil conoce razones por las que cree que la leche materna es buena para el recién nacido. Bondades inmunológicas, nutricionales, vitamínicas y afectivas fueron citadas, creencias que compartieron las mujeres puérperas y el personal de salud.

El 98% de puérperas no fue interrogado por parte de ninguna persona de los servicios de maternidad sobre cual alimento preferiría —según sus conocimientos— que se ofreciera de primero a su bebé después de nacer. El conocimiento sobre inicio oportuno de la lactancia es adecuado en los tres grupos entrevistados: la mayoría opinó que debe ocurrir inmediatamente o en los primeros minutos después del nacimiento. En los servicios de maternidad hay uso precoz o injustificado de teteros y fórmulas lácteas o glucosadas, usadas por la creencia o conocimiento de que sirven “para evitar la hipoglucemia del bebe”. El conocimiento de cada cuánto amamantar un bebé es más apropiado entre funcionarios que entre mujeres, un tercio de las cuales cree que debe hacerse con horario fijo.

El calostro en general es reconocido por la mayoría como una primera leche que baja; la creencia sobre su valor nutricional e inmunológico es apenas adecuada. El 67% de mujeres lo calificó como bueno y 8% como malo; 25% de todas las mujeres participantes no supieron decir qué es. El 75% de mujeres dijo no saber cómo extraer y conservar la leche materna. El 30% de mujeres desconocía o expresó que no hay relación entre el número de veces que se ofrece el seno al bebé y la cantidad de leche que se produce. Factores que las mujeres conocen o creen favorables para el aumento de la producción de leche fueron: tomar líquido, 51%; buena alimentación, 26%; y pegar el bebé, 18%. Al indagarse sobre conocimientos y creencias de lo que disminuye la leche, las respuestas fueron: mala alimentación, 44%; calor, 18%; preocupación, 10%; otros factores, 16%; y no sabe, 12%.

El conocimiento sobre la duración de la lactancia exclusiva puede parecer adecuado cuando se reporta que esto debe hacerse hasta los 5 meses de vida del bebé (mediana de 4 e intervalo de confianza al 95% de 4 a 5), lo cual está próximo a los 4 a 6 meses recomendados. El promedio total de meses que el grupo de mujeres en edad fértil conocía para mantener la oferta de lactancia fue de 13 meses ($\pm 5,7$), lo que está por debajo de los 24 recomendados. Al preguntárseles sobre el mes en que se debe iniciar la oferta de alimentos complementarios a la leche materna, la respuesta promedio fue de 5 meses ($\pm 1,8$) con mediana de 5 e intervalo de confianza del 95% de 4 a 5. El 25% de las mujeres creía que se debía comenzar esta oferta en el tercer mes; otro 25% entre el mes cuarto y

quinto, y hasta un 40% opinaba que debía darse entre el quinto y el sexto mes de vida del niño.

Gran parte de las mujeres no consideran el agua, los jugos, e incluso las sopas, como tipos de ingesta que terminan con la exclusividad de la lactancia. La iniciación de la alimentación complementaria generalmente debe ocurrir con combinaciones de caldos y jugos para el 56%; sólo con caldos, para el 21%; solo con jugos, para el 17%; y solo con sopas, para el 6%. La población púérpera encuestada señaló como media los 13 meses ($\pm 5,7$), como el mes de vida máximo hasta el que se debe dar seno junto a los alimentos complementarios, en un rango que varió del primer mes al mes 36.

Sobre las bondades de la lactancia para la mujer, 82% cree que estas existen. Entre las respuestas se registró que ayuda a recuperar la figura, aumenta la producción de leche y la descongestión de los senos, evita el cáncer, permite la realización de la mujer, acerca la madre a su hijo, ahorra dinero, y es más cómoda y rápida frente a la opción de usar teteros y leches artificiales. Sin embargo, 18% cree que al amamantar no hay beneficios para ellas; la descalcificación, la fatiga, la esclavitud, la caída de los senos y el desgaste general de la mujer fueron, entre otras, razones de no beneficio. Cierta grupo considera positivo amamantar para reducir los senos, pero otro considera que es causa de su aumento y estado desagradable desde el punto de vista estético. La creencia de las mujeres sobre el daño en sus senos por amamantar se expresó en el 44% del total de las encuestadas.

Cuando se preguntó sobre lo que conocen y la creencia de lo que debe hacer una mujer que da seno y que se enferma, 26% indicó que debe dejar de amamantar, el 8% que debe seguir lactando y el 66% restante indicó que depende exclusivamente de lo que diga el médico. En ese orden de ideas, cuando se expuso la situación de la mujer que requiere tomar remedios durante la lactancia, 22% señaló que ella debe dejar de amamantar, 10% que no, y para el 66% restante esto depende sobre todo de la orientación médica. Cuando la situación de enfermedad es sufrida por el bebé, 12% cree, a partir de sus conocimientos, que hay que suspender la lactancia, 78% cree que debe seguir mamando y el 10% restante de mujeres respondió con otras diversas opiniones. Sí el bebé es quien necesita tomar remedios, 68% de mujeres cree que la lactancia no debe suspenderse, 23% cree que depende de la situación y el 9% restante, que se debe suspender. Con relación al conocimiento y la creencia de las mujeres sobre lactar y tener relaciones sexuales, se encontró que para 87% de las entrevistadas no existe ningún inconveniente para tener actividad sexual simultánea con el proceso de amamantar un bebé; 10% desconoce o no tiene una creencia clara al respecto. Al explorarse sobre la probabilidad de quedar en embarazo mientras se da seno a un bebé, 82% cree que sí existe el riesgo, mientras que para el 10% no hay riesgo de embarazo y un 8% no supo responder. Sobre el origen de los conocimientos que sobre lactancia tenían las mujeres participantes del estudio, se encontró que esto se debió a acciones de instituciones de salud en un 32%, por efecto de los medios masivos en un 7%, por lecturas realizadas en un 16% y, por otras muy diversas fuentes en un 45% restante. De modo complementario, al indagarse sobre la persona con quien se había aprendido lo que sabían sobre lactancia, 34% señaló a familiares cercanos y otro 34% a otros actores sociales, distintos del personal de salud. Sólo 8% señaló al médico y un 24% a la enfermera. Casi todas las mujeres de la

muestra dijeron que desconocían leyes o normas que protegieran la lactancia materna en Colombia. El 46% de participantes creía que el trabajo era un impedimento para continuar lactando.

Un 17% de puérperas no tuvo ningún contacto o control durante la gestación con servicios de salud, fueran estos públicos o privados. La mitad de las 690 puérperas dijo no haber recibido ninguna orientación, dentro o fuera de los hospitales, sobre aspectos clave de lactancia materna durante el embarazo. Pasadas tres horas posparto, el 50% de mujeres en salas de puerperio dijo no haber recibido ninguna orientación o apoyo específico de conocimiento sobre cómo iniciar o mantener el amamantamiento natural en la institución. Entre las mujeres que recibieron consejo sobre lactancia materna durante el embarazo e inmediatamente después del parto, el personal de enfermería fue reconocido como el agente orientador en aproximadamente el 85% de veces; los médicos en solo 14%. La tabla 2 resume las respuestas de las mujeres puérperas que dijeron haber recibido orientación dentro del hospital acerca de enseñanzas específicas relacionadas con la lactancia, antes y después del parto.

Entre el personal de salud encuestado, 70% desconocía si en su hospital funcionaba un comité de apoyo a la lactancia materna y un porcentaje aún mayor dijo desconocer que en su hospital existieran normas escritas para promover, proteger y apoyar la lactancia natural exitosa. Sobre sus conocimientos acerca de la existencia de normas escritas en la institución para promover y apoyar la lactancia materna, el 63% señaló no conocer nada al respecto o estar completamente seguro de que esas normas eran inexistentes. Aunque el 37% restante respondió que sí conocía la existencia de tales normas, una pregunta de chequeo reveló que efectivamente las mismas eran desconocidas o inexistentes, elevando el porcentaje de desconocimiento de normas de lactancia al 95%. Indagados sobre la realización o participación durante los últimos doce meses en acciones de capacitación para mejorar sus conocimientos y habilidades sobre lactancia materna en su hospital, el 67% respondió que no habían ocurrido formalmente y el 13% no sabían nada al respecto, a excepción de situaciones recordadas como ocasionales y esporádicas relacionadas con el asunto y que no tuvieron el carácter de capacitación. Entre el 21% que refirió conocer sobre estas actividades, 53% dijo haber asistido; sin embargo, una pregunta de chequeo, referida a mencionar temas desarrollados durante la capacitación a la que se había asistido, reveló inconsistencia en la confiabilidad y veracidad de la respuesta obtenida previamente.

Discusión

Explicar cómo y por qué las personas adoptan ciertas prácticas con efectos en su propia salud y la de los demás, como es el caso del amamantamiento, ha sido y será un propósito válido de investigaciones de salud y salud pública. Entender los determinantes comportamentales y sociales de las prácticas de salud es requerimiento básico para el desarrollo exitoso de intervenciones educativas y de promoción orientadas a predisponer, facilitar o reforzar ciertas conductas. Mientras más se logre saber de los factores que subyacen al comportamiento, la probabilidad de influir en las nuevas decisiones y prácticas

de las personas es creciente. La explicación de prácticas relacionadas con la salud puede darse por tanto en dos perspectivas mayores: la comportamental y la social.¹⁴⁻¹⁹

En la perspectiva comportamental hay múltiples determinantes o predisponentes explicativos de la conducta: el instinto, los impulsos, las necesidades, la motivación, la intención, los valores, las percepciones, las creencias, los conocimientos, las opiniones, las actitudes, la autoeficacia y las habilidades cognitivas, verbales o psicomotoras de los individuos han sido las más estudiadas. Por el otro lado, en la perspectiva social, variables interpersonales y de modelamiento grupal, así como aspectos organizacionales, institucionales, comunitarios y ecológicos, entre otros, han sido propuestos y aplicados para explicar las prácticas de las personas.¹³⁻¹⁸ Asimismo, se han divulgado los resultados de un estudio paralelo al CAP aquí presentado, que involucró especialmente instituciones y funcionarios de hospitales respecto del grado de implementación organizacional de acciones de la iniciativa IAMI (Iniciativa de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia), consideradas como claves para promover, proteger y apoyar la lactancia natural.²⁰⁻²¹

En la perspectiva comportamental, se acepta que conocimiento, creencia y actitud son factores mayores predisponentes básicos de las resultantes prácticas en salud.¹⁵ Junto a los valores y percepciones definen las fuerzas motivacional e intencional previas a una acción con implicaciones reales en la salud individual o grupal.²²⁻²⁴ CAP ha sido la manera familiar como grupos académicos y técnicos han abordado el estudio e intervención de tres de las más importantes variables comportamentales respecto de eventos del proceso salud-enfermedad: conocimiento, actitud y práctica. Sin embargo, la sigla CAP ha sido frecuente y erradamente usada para referirse a un supuesto “modelo”, sobre el que pueden hacerse varias consideraciones. Primero, tal modelo nunca ha sido propuesto ni existe como tal y casi nunca se hace de estas variables una clara referencia ni descripción conceptual u operacional en las introducciones o marcos de diversos estudios que dicen apoyarse en el “modelo CAP” para su formulación, ejecución, discusión y disseminación de resultados. Segundo, es común y equivocado el uso indiscriminado de las palabras percepción, valores motivación, opinión e intención, entre otras, como si fuesen sinónimas o equivalentes a la variable de actitud e incluso de conocimiento y de creencia. Los conocimientos son representaciones mentales que cada individuo consolida a lo largo de su vida, que se estructuran como ideas, nociones o claras definiciones y conceptos. Son productos cognitivos propios de cada persona, mediados por la percepción, la información, la experiencia y el raciocinio, que tienden a expresar lo que la gente sabe empírica o científicamente sobre algo. Mediante opiniones basadas en lo que se sabe, se pueden revelar características de las creencias de las personas, respaldar emocionalmente sus actitudes y justificar sus prácticas ante sí mismo y los demás. Las creencias son convicciones, explícitas o no, mediadas emocionalmente por los sentimientos o intelectualmente por la información y las vivencias que las personas o grupos de personas tienen sobre objetos o fenómenos cuyas condiciones o características se consideran como reales o ciertas. Tienden a expresar lo que la gente piensa sobre aquello que conoce. Ha existido una interacción conceptual y operacional muy confusa entre conocimientos y creencias; sus límites no son siempre fácilmente definibles. Los conocimientos pueden ser

más objetivos con claras bases en el saber popular o científico, mientras que las creencias tienen una carga individual y subjetiva más definida, con claras bases en consideraciones más particulares de la gente y su grupo social. Cambios en los conocimientos pueden o no determinar cambios en las creencias y viceversa. En estudios de tipo CAP, cuando se indagan los conocimientos que las personas tienen, son sus creencias y actitudes las que determinan comúnmente la forma en que se exteriorizan, espontánea o inducidamente mediante opiniones. Estas, entre otras, son razones aceptadas frecuentemente para medir los conocimientos como equivalentes en cierto modo a las creencias que las personas tienen, al partir del principio de que estas variables se determinan mutua y complementariamente.¹²

La tríada CAP se aplica hoy a los más disímiles tópicos de salud.²⁵⁻³² Estudios de CAP son de relevancia en tanto permiten identificar de modo simple y elegante el comportamiento de algunas de las variables que se tienen como determinantes de la intención, aparición, consistencia, frecuencia y duración en el tiempo de ciertas acciones que las personas realizan, considerando que tales acciones sean o no benéficas a su salud y la de su grupo social. Otros enfoques, sea con fuentes primarias o no, utilizando datos de encuestas demográficas y de salud, son aplicados y válidos en el propósito de diseñar intervenciones a favor de la promoción, la protección y el apoyo de la lactancia natural exitosa.³³⁻³⁸ Estudios etnográficos rápidos, para el estudio de factores asociados a la práctica oportuna y exitosa de la lactancia exclusiva y complementaria, son también una opción metodológica válida al planear y ejecutar acciones de promoción de la lactancia en la comunidad.³⁹

En Colombia, estudios como los realizados por FES una década atrás⁴⁰ y las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS)⁴¹ se convierten en fuente valiosa de información y en el referente apropiado para discutir parte de los hallazgos. La distribución de variables sociodemográficas de interés observadas en nuestro estudio entre mujeres urbanas en edad fértil y puérperas de origen rural o urbano del departamento del Valle del Cauca es semejante a la reportada por la ENDS de 2000.

Para nuestros dos subgrupos de mujeres participantes del Valle del Cauca, vale la pena señalar la variación observada de mujeres en unión libre entre el grupo de edad fértil (22%) y aquellas encuestadas institucionalmente al momento de tener su hijo (66%). Menos radical pero también llamativa fue la diferencia de los dos subgrupos entre las que estaban en edad fértil que reportaron estar dedicadas al hogar (56%) y las puérperas (80%). El 51% de mujeres colombianas encuestadas en la ENDS de 2000 reportó estar dedicada al hogar.⁴¹ Para Colombia, la edad media al momento del primer nacimiento fue de 22,1 años y 2,3 fue el número medio ideal de hijos expresado por las encuestadas por Profamilia.⁴¹ La fecundidad en Colombia tiene cúspide en el grupo de 20 a 24 años, con media a los 27 años y tiene un valor observado de 2,6 hijos por mujer para el quinquenio 1995-1999. Entre las mujeres participantes del estudio CAP en el Valle del Cauca, el promedio de hijos reportado fue de 2,7 ($\pm 1,6$).

En el presente estudio,¹² casi todas las mujeres participantes (99,9%) conocen y creen en aspectos que sobre lactancia materna se consideran y reconocen como favorables para el recién nacido. Una década atrás, hasta un 98% de mujeres en zonas marginadas de grandes

capitales de Colombia opinaba de modo similar.⁴⁰ En ese entonces, como ahora, el predominio de respuestas se centró en los beneficios conocidos en aspectos biológicos e inmunológicos de la lactancia sobre la salud, así como sobre el crecimiento y desarrollo. Es válido resaltar el reconocimiento que hicieron nuevamente las personas encuestadas sobre aspectos psicosociales y afectivos presentes en la relación madre-hijo durante el amamantamiento. Sin embargo, los resultados del estudio respecto del CAP de las mujeres frente al calostro es un punto crítico que debe abordarse con detalle. Esta primera secreción del seno es predominantemente reconocida por dos terceras partes de las mujeres en el Valle del Cauca solo como la primera leche y no, como sería deseable, como una leche rica en defensas y altamente nutritiva, indispensable para el bebé. Un tercio de mujeres no lo sabe o califica como malo el calostro. Así, por la poca importancia inmunológica y nutricional que recibe, es muy probable que esto se asocie a poco interés y a resistencia para que el neonato lo tome, con dos efectos devastadores en el inicio oportuno de la lactancia natural: primero, no se estimula oportuna y suficientemente el reflejo de secreción y, segundo, se brinda una gran oportunidad al tetero y las fórmulas lácteas para aparecer y consolidarse por la supuesta “sed” o “hambre” del neonato, por la “falta de suficiente leche materna”. En Guinea-Bissau, creencias negativas mediadas culturalmente sobre el calostro se han reportado como un obstáculo mayor para el inicio oportuno de la lactancia.⁴² La casi totalidad de mujeres de regiones marginadas alrededor del Distrito Federal en México tenían una firme y positiva creencia acerca del valor positivo y de los beneficios de la lactancia, la cual no se corresponde ni se mantiene durante el tiempo deseado en los mismos niveles respecto de la lactancia materna exclusiva.³⁹ Bautista estudió los determinantes de la iniciación del amamantamiento en República Dominicana, puesto que conocerlos es fundamental para guiar los programas que protegen, promueven y apoyan la lactancia natural. La presencia de enfermedades durante la gestación, los ingresos elevados, el tener un hijo por primera vez —sobre todo si este es prematuro—, mostraron riesgo significativamente mayor de no iniciación de la lactancia.³⁸

Según la ENDS de 2000, la iniciación oportuna de lactancia natural para Colombia presenta variaciones relativamente pequeñas. En zonas rurales es ligeramente mayor (66%) que en las urbanas (59%). En partos atendidos por comadrona el inicio oportuno fue también levemente mayor (74%) que en el caso de parto atendido en hospital (69%).⁴¹ Según nuestro estudio,¹² el aspecto más crítico frente a la iniciación oportuna de la lactancia es, por encima de las variables de conocimiento o actitud de la mujer o las que se refieren al tipo de parto, el conocimiento, la actitud y las prácticas de los funcionarios de los servicios. La participación prenatal o perinatal de los funcionarios de los hospitales en el conocimiento y la actitud de las mujeres gestantes o puérperas es críticamente baja. La mayoría de mujeres no obtuvieron suficiente conocimiento e información en sus sesiones de control prenatal en los seis aspectos centrales de consejería esperados o deseables. Además, casi ninguna mujer es preguntada en las instituciones sobre cual es el primer alimento que prefiere para su hijo que va a nacer o que acaba de hacerlo.

La expresión “falta de leche en el seno” o que “la leche aún no baja” es frecuente en este momento crítico establecer la primera ancla en la lactancia natural exitosa. Es el producto del desconocimiento general y la creencia errada que las puérperas y mujeres en edad fértil

pueden tener sobre la fisiología misma de secreción láctea. En este vacío se crean las condiciones para reforzar la actitud de desecho del importante calostro y del inicio precoz de sucedáneos de la leche y del uso sistemático del tetero, por ejemplo. Es importante señalar que una causa que también se refiere con frecuencia para no iniciar el amamantamiento señala “rechazo” del seno por parte del bebé o “enfermedad” del niño que le hace recibir teteros con sustancias glucosadas. Bien puede reclamarse una actitud vigilante del personal que acompaña a las púerperas en las primeras horas posparto para superar esa y otras barreras u obstáculos. En la percepción de la madre, el bebé “rechaza” el seno pero esto bien puede ser el producto de posiciones inadecuadas, falta de habilidad y orientación e incluso incapacidad motriz del bebé para succionar, pero no “rechazo” en estricto sentido.

Frente a la enfermedad del niño o el riesgo de hipoglucemia frecuentemente reportado por el personal de salud, debería evaluarse la justificación estrictamente clínica, basada en evidencias, para proceder de ese modo e intentar reducir la prevalencia relativamente importante de teteros y sustitutos de la leche en las salas de maternidad de los hospitales. Este subgrupo de púerperas que tiene poco conocimiento evidente en dificultades y no las expresa o que las expresa y a veces recibe ayuda, es un segmento pequeño del total pero crítico y quizá al que se debe prestar mayor atención por ser el que se expone al riesgo de nunca iniciar amamantamiento, introducir sucedáneos de la leche materna muy precozmente e incluso exponerse a experimentar tragedias con la lactancia materna.

Angelillo y colaboradores encontraron con un estudio de CAP que la falta de conocimiento en las mujeres italianas impide que ellas jueguen un papel más relevante y efectivo en la erradicación de enfermedades inmunoprevenibles en dicho país. Con relación a esos eventos de alto impacto en la salud infantil, solo un 20% tenía conocimientos claros sobre la naturaleza prevenible de ciertas enfermedades de la infancia. El nivel de conocimiento acerca del esquema obligatorio de vacunación infantil se correlacionó significativamente con la edad de la madre y el nivel de educación. Según estos autores, el bajo nivel educacional de los padres parecía estar asociado a no adherencia a programas de inmunización.²⁵ En otro estudio CAP sobre infecciones respiratorias, la suficiencia de conocimientos se mostró inversamente relacionada con el nivel educativo de una muestra de madres. En la medida en que se tuvo menor escolaridad, los conocimientos, las actitudes y las prácticas fueron menos acertadas para manejar oportunamente eventos de infección respiratoria aguda (IRA).²⁷ La falta de educación o solo educación básica primaria junto a la condición de mujer desempleada fueron factores asociados a uso precoz de tetero y sustitutos de la leche materna en mujeres de Papua-Nueva Guinea, con la consecuente finalización de la lactancia exclusiva. En Colombia, si se excluyen mujeres sin educación, la lactancia exclusiva y total es más corta en la medida en que las madres logran un nivel educacional mayor.¹²

Los lineamientos políticos y normativos actuales en el ámbito global, regional y nacional favorecen la lactancia exclusiva por los primeros seis meses de vida, la eliminación de teteros de maternidades e instituciones pediátricas y el apoyo de la lactancia natural oportuna, exitosa y complementaria adecuada hasta los veinticuatro meses. Tales líneas

deben y pueden ser aprovechadas para promover cambios actitudinales, comportamentales y organizacionales a favor de la lactancia.

Reconocimientos

A la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca y las interventoras del proyecto PAB año fiscal 2000 para el fortalecimiento de la lactancia en el departamento, Martha Castaño Parra y Libia Morales Velasco. Al equipo de interventoría interna y trabajo de campo del proyecto general a cargo de la División Salud de la Fundación FES Social.

Referencias

1. Colombia. Departamento Nacional de Planeación, Consejería para la Política Social. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996-2005. Santafé de Bogotá D.C.: DNP; 1996.
2. Unicef. Situação mundial da infancia: A nutrição em foco. Brasília DF: Unicef; 1998.
3. Colombia. Ministerio de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Unicef. Plan Decenal para la Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, Unicef; 1998.
4. World Health Organization, Unicef, The US Agency for International Development (USAID). Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. New York: Unicef; 1990.
5. Schanler RJ (ed.). Breastfeeding 2001. Part I: The evidence for breastfeeding. The Pediatric Clin North Am 2001; 48(1): 1-264.
6. Schanler RJ (ed.). Breastfeeding 2001. Part II: The management of breastfeeding. Pediatr Clin North Am 2001;48 (2): 273-546.
7. Osorno J. Hacia una feliz lactancia materna: texto práctico para profesionales de la salud. Santafé de Bogotá: Presidencia de la República, ICBF, Ministerio de Salud, UNICEF; 1992.
8. Carrasquilla G, Osorno J, Samper B, Soto A, Vázquez C. Lactancia materna en instituciones de salud de grandes ciudades colombianas. Cali: Fundación FES; 1994.
9. World Health Organization, Unicef. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. Geneva: WHO, Unicef; 1989.
10. Organización Panamericana de la Salud. Módulo de capacitación sobre lactancia materna.. México: OPS; 1990. (Serie Paltex No. 20).
11. Angel M. Guía para una lactancia feliz. Rev Sentidos SUSALUD 2001; 19: 20-26.
12. Cabrera G, Arias N, Carvajal R, et al. Conocimiento, actitud y práctica de lactancia materna en mujeres y personal de salud del Valle del Cauca. Informe final de investigación Cali: División Salud FES Social, Secretaría Departamental de Salud; 2001. 62 p.
13. Bennett S, Woods T, Liyanage W, Smith D. A simplified method for cluster-sample survey of health in developing countries. World Health Stat Q 1991; 44: 98-106.
14. Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community theories and models in health promotion. Sydney: National Centre for Health Promotion; 1998.

15. Glanz K, Lewis F, Rimer B. (eds). Health behavior and health education: theory, research and practice. 2 ed. San Francisco: Jossey Bass; 1997.
16. Coombes Y, McPherson K. Review of health related models of behavior change: a report prepared for the department of health in England. London: Health Promotion Sciences Unit of London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1996.
17. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2001; 19(1): 99-101.
18. Cabrera G. El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2000; 18(2): 129-138.
19. Cabrera G, Candeias N. El modelo de análisis estratégico para promoción de la salud y el control local del tabaquismo. *Rev Fac Nac Salud Pública* 1999; 17(1): 9-16.
20. Cabrera G, Arias N, Carvajal R, et al. Grado de implementación de la iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI en diez hospitales del Valle del Cauca, Colombia. Informe final. Cali: FES Salud, Secretaría Departamental de Salud; 2001. 21 p.
21. Cabrera G, Arias N, Carvajal R, et al. La iniciativa de institución amiga de la mujer y la infancia IAMI en hospitales del Valle del Cauca, Colombia, 2001. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2002; 20(1): 75-88.
22. Fishbein M. A behavior theory approach to the relation between beliefs about an object and the attitude toward the object. p. 389-400. In: Fishbein M. (ed). *Readings in attitude theory and measurement*. New York: Wiley; 1967.
23. Ajzen I. From intentions to actions: a theory of planned behavior. In: Kuhl J, Beckmann J. (eds). *Action control: from cognition to behavior*. Heidelberg: Springer; 1985.
24. Beland F. Measurement of attitudes and behavior in public health surveys. *Am J Public Health* 1991; 81(6): 103-105.
25. Angelillo I, Ricciardi G, Rossi P, Pantisano P, Langiano E, Pavia M. Mothers and vaccination: knowledge, attitudes and behavior in Italy. *Bull World Health Organ* 1999; 77(3): 224-229.
26. Isaza D, Restrepo B, Arboleda M, Casas E, Hinestroza H, Yurgaqui T. La leishmaniasis: conocimientos y prácticas en poblaciones de la costa del pacífico de Colombia. *Rev Panam Salud Pública* 1999; 6(3): 177-183.
27. Valdés A, Martínez H. Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las infecciones agudas de sus hijos. *Rev Panam Salud Pública* 1999; 6(6): 400-407.
28. Profamilia. Conocimiento del sida y otras ETS y de formas de prevención. Cap. 11. En: *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud sexual y reproductiva en Colombia: resultados*. Santafé de Bogotá: Profamilia; 2000.
29. Meloni E. Do women's attitudes towards abortion and contraceptive methods influence their option for sterilization?. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(4): 739-747.
30. García L, Estrada J. Prevalencia de enfermedades bucodentales y análisis de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas en salud oral en los escolares del Valle del Cauca. *Bol Epidemiol Valle* 1999; 1(2): 19-25.
31. Mejía N, Serna L, Sierra T, Muñoz A. Descripción de actitudes y prácticas de estilo de vida saludables en médicos y personal de enfermería, Metrosalud, Medellín, Antioquia, 1997. *Rev Epidemiol Antioquia* 1999; 24(3-4): 195-206.

32. Struchiner M, Rezende A, Vieira R. Análise do conhecimento e das concepções sobre saúde oral de alunos de odontología. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(supl. 2): 55-68.
33. Friesen H, Vince J, Boas P, Danaya R. Protection of breastfeeding in Papua New Guinea. *Bull World Health Organ* 1999; 77(3): 271-274.
34. Pérez-Escamilla R. Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe. *Bol Oficina Sanit Panam* 1993; 115: 185-193.
35. Horta B, Olinto M, Victora C, Barros F, Guimaraes P. Amamentação e padroes alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no sul do Brasil: tendencias e diferenciais. *Cad Saúde Pública* 1996; 12(supl.1): 43-48.
36. Venancio S, Monteiro C. A tendencia da pratica da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol* 1998; 1(1): 40-49.
37. Passos M, Alves J, Mariano C, Nascimento S, Reis M. Práticas de amamentação no municipio de Ouro Preto, MG, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(6): 617-622.
38. Bautista L. Factors associated with initiation of breast-feeding in the Dominican Republic. *Rev Panam Salud Pública* 1997; 2(2): 107-114.
39. Guerrero M, Morrow R, Calva J, et al. Rapid ethnographic assessment of breastfeeding practices in periurban México City. *Bull World Health Organ* 1999; 77(4): 323-330.
40. Carrasquilla G, Osorno J, Samper B, Soto A, Vázquez C. Lactancia materna en zonas marginadas de grandes ciudades colombianas: resultados encuesta CAP 1991. Cali: Fundación FES; 1992.
41. Profamilia. Lactancia y nutrición de niños y madres. Cap. 10. En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud sexual y reproductiva en Colombia: resultados. Santafé de Bogotá: Profamilia; 2000.
42. Gunnlaugsson G, DaSilva M, Smedman L. Determinants of delayed initiation of breastfeeding. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 935-940.

Tabla 1. Características de dos muestras de mujeres del Valle del Cauca, Colombia, 2001

Características	Mujer fértil n: 2.080			Mujer puérpera n: 690			ENDS*	
	n	%	Acum.	n	%	Acum.	%	
Edad	X:32,7 (+/- 11,2)			X:24 (+/- 6) años cumplidos			Colombia	
< 15				7	1	1		
15-24	618	30	30	404	58	59	37	
25-34	552	27	57	221	32	91	29	
35-44	529	26	83	58	8,5	99,9	26	
45-54	381	17	100	1	0,1	100	ND	
Estudio	X:7,7 (+/- 4,1) grados			X:7,1 (+/- 3,6) grados			Valle	Colombia
Ninguno	83	4	4	32	5	5	2,2	3,3
Primario	707	34	38	246	36	41	35,2	31,8
Secundario	1.061	51	89	384	55	96	51	50
Técnico	104	5	94	13	2	98	ND	ND
Superior	125	6	100	15	2	100	11	15
Estado civil							Colombia	
Soltera	748	36	36	98	14	14	34	
Casada	665	32	68	99	14	28	25	
Unión libre	455	22	90	453	66	94	26	
Separada	170	8	98	33	5	99	12	
Viuda	42	2	100	7	1	100	2	
Dedicación							Colombia	
Hogar	1.165	56	56	548	80	80	51	
Trabajo	208	10	66	59	8	88		
Hogar - trabajo	457	22	88	55	8	96		
Estudio	208	10	98	25	3,5	99,5		
Estudio-trabajo	42	2	100	3	0,5	100		
No. de hijos	X:2,7 (+/- 1,6)			X:3 (+/- 1,3)			Colombia	
Cero	540	26	26					
Uno	431	21	47	297	44	44		
Dos	462	22	69	170	25	69		
Tres	308	15	84	119	17	86		
Cuatro y más	339	16	100	96	14	100		

* Datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2000, para efectos de comparación.

ND= Sin datos. La ENDS no indaga este grupo de edad ni categoría de estudio.

Tabla 2. Respuestas de 690 puérperas sobre la orientación y conocimientos recibidos en aspectos de lactancia, antes y después del parto, en diez hospitales públicos del Valle del Cauca, Colombia, 2001

Aspectos de lactancia	Orientación en %	
	<i>Si</i>	<i>No</i>
Posición del cuerpo para amamantar	52	48
Preparación sobre la bajada de la leche	31	69
Colocación y pegada del bebé al seno	66	34
Oferta del seno a demanda del bebé	69	31
Extracción de la leche del seno	29	71
Conservación domiciliaria de la leche	25	75
Duración de lactancia materna exclusiva	58	42
Mes de iniciación de alimentos complementarios	60	40
Mes final de oferta de leche materna	60	40