



Impacto de la estrategia AIEPI en la prevalencia de la lactancia materna

Impact of the IMCD strategy in the prevalence of breastfeeding

Mirith Vásquez-Munive¹ , Ángela Romero-Cárdenas² , Alexander Salazar-Ceballos³ 

Tipología: artículo de investigación científica y tecnológica

Para citar este artículo: Vásquez-Munive M, Romero-Cárdenas A, Salazar-Ceballos A. Impacto de la estrategia AIEPI en la prevalencia de la lactancia materna. 2019. Duazary. 2019 mayo; 16(2 número especial): 194 – 205. Doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2952>

Recibido en enero 16 de 2018
Aceptado en marzo 19 de 2019
Publicado en línea en agosto 20 de 2019

RESUMEN

El objetivo fue identificar el impacto de la implementación de la estrategia AIEPI sobre la prevalencia de la lactancia materna entre niños menores de dos años que asisten a una IPS. Estudio comparativo, desarrollado en tres momentos: construcción de la línea base de la prevalencia de la lactancia materna, implementación de la estrategia AIEPI y nueva medición de la prevalencia. Esta investigación se diseñó con IC de 95% y un error tipo I de 0.05, utilizando una muestra de 131 niños a los cuales se les aplicó, en sus casas, una encuesta propuesta dentro de la estrategia AIEPI, posteriormente se hizo intervención educativa, y por último se aplicó la misma encuesta. La lactancia materna es inversamente proporcional a la edad. La prevalencia de la lactancia materna exclusiva entre menores de cuatro meses se valoró en 11,1% en el primer momento y 77,7% en el tercer momento, y el cálculo de Z permite concluir que los cambios fueron debidos a la implementación de la estrategia AIEPI. Los resultados muestran que la educación propuesta por la estrategia AIEPI logra cambios significativos en la mejora de la prevalencia de la lactancia materna.

Palabras clave: lactancia materna; estrategias; lactancia; prevalencia.

1. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: mvásquez@unimagdalena.edu.co - <http://orcid.org/0000-0003-2462-4910>

2. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: aromero@unimagdalena.edu.co - <http://orcid.org/0000-0003-0551-8696>

3. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: asalazar@unimagdalena.edu.co - <https://orcid.org/0000-0002-0708-8792>

ABSTRACT

The Objective was to identify the impact of the implementation of the AIEPI strategy on the prevalence of breastfeeding among children under two years attending an IPS. Comparative study developed in three phases: construction of the baseline of the prevalence of breastfeeding, the implementation of the AIEPI strategy and new measurement of the prevalence. This research was designed to IC of 95% and a type I error of 0.05, using a sample of 131 children which were applied in their homes, a survey proposal within the AIWPI strategy subsequently underwent educational intervention and finally underwent the same survey. Breastfeeding is inversely proportional to age. The prevalence of exclusive breastfeeding among children under four months was assessed at 11.1% for the first time and 77.7% in the third period, and the calculation of Z leads to the conclusion that the changes were due to the implementation of the AIEPI strategy. The education given by the AIEPI strategy achieves significant changes in improving the prevalence of breastfeeding

Keywords: Breastfeeding; Strategies; Lactation; Prevalence.

INTRODUCCIÓN

Durante los primeros años de vida, la lactancia materna es decisiva para la salud del infante e incluso es determinante en el agravamiento de cualquier enfermedad. La lactancia materna para que logre su propósito en términos de protección, nutrición y vinculación del bebé, debe ser exclusiva los primeros seis meses y complementada mínimo durante los primeros dos años, sin embargo son pocas las sociedades que han llegado a un nivel de desarrollo y apoyo social a la lactancia, de tal manera que las madres opten por esta saludable decisión¹.

La actitud de lactar se construye en sociedad, y todo país implementa, en mayor o menor medida, estrategias para lograr que las familias apoyen a las madres y que se establezca un adecuado proceso de lactancia materna. Sin embargo, el microsistema familiar, también requiere de redes de apoyo para mantener un entorno que favorezca la lactancia, y es en este contexto donde emerge la estrategia AIEPI, cuya primera práctica clave en su componente comunitario, se refiere a la lactancia materna, como método para lograr un buen desarrollo físico y mental del infante².

Esta estrategia, en su primera practica clave, se fundamenta en la educación al núcleo familiar que se realiza en todas las instituciones prestadoras de servicio (IPS) durante el control prenatal, el contacto piel a piel, el alojamiento

conjunto y la lactancia materna precoz durante el posparto inmediato y el acompañamiento durante el considerado período crítico³ para el establecimiento de la lactancia, que son las primeras 72 horas de vida del infante.

Cuando el niño asiste al programa de detección temprana de las alteraciones del desarrollo del menor de 10 años, la madre es objeto de educación continuada para proveer cuidado adecuado a su hijo; dentro de esta educación, la lactancia materna es pilar fundamental, porque de ella no solo se deriva la nutrición del bebé, sino la resistencia a enfermedades como las infecciones respiratorias y las diarreas y la aparición o no de alergias por ablactación inadecuada⁴.

Es el control de las alteraciones del desarrollo del niño sano, el escenario ideal para que el equipo de salud intercambie información con la madre, y la lleve a tomar la mejor decisión para su hijo: lactarlo el mayor tiempo posible. Sin embargo en todas las sociedades del mundo las cifras muestran como disminuye el tiempo de lactancia, práctica que está influenciada por las experiencias pasadas con la lactancia, no solamente de la madre, sino de sus familiares cercanos, por creencias erróneas sobre el poder nutricional de la lactancia materna, por ignorancia sobre sus beneficios y por la sociedad de consumo que promueve como una bondad el uso de sucedáneos de la leche materna⁵.

Asegurar el tiempo de lactancia es de suma importancia para el infante, y bajo la premisa que un niño que asiduamente consulta a los servicios de salud, tiene acceso a pautas educativas que privilegian el comportamiento adecuado de la madre, entre ellas la adherencia a la lactancia materna, se espera que este grupo de madres provean a sus hijos de lactancia materna exclusiva durante por lo menos los primeros cuatro meses y de lactancia materna complementaria durante los primeros dos años.

La evidencia ha demostrado que la lactancia materna proporciona una serie de ventajas a los lactantes respecto al estado de salud y su crecimiento y desarrollo, al tiempo que disminuye significativamente el riesgo de presentar un gran número de enfermedades agudas y crónicas⁴. Sin embargo, a pesar de que la promoción de la lactancia materna está incluida en el Programa Integral de Salud Materno-infantil desde 1990 y se desarrolla en todas las instituciones a través de la estrategia de hospital amigo de la madre y el niño, la OMS y UNICEF han alertado durante la última década de la necesidad de revisar los planteamientos de los programas de lactancia materna, bajo la concepción de que esta práctica está disminuyendo significativamente⁶.

La educación a madres, y aún a familiares y personas cercanas y significativas, para que apoyen la lactancia materna, es decisiva para que a madre prolongue el tiempo de amamantamiento y asegure para su hijo los beneficios nutricionales, inmunológicos, económicos y sociales que la lactancia trae al hijo⁷.

Es bien conocido que un niño que disfruta de la lactancia materna tiene una vida más sana, es más feliz, es un ser proactivo y su desarrollo físico y afectivo es más completo, por lo tanto es un deber de los trabajadores de salud, garantizar que la madre tome la firme decisión de amamantar a su hijo como un acto de amor⁵⁻⁷.

Entre más niños sean amamantados, mayores son los beneficio sociales, pero con una sola

madre que se logre convencer de los beneficios de la lactancia y la lleve a cabo con éxito, se logra un avance significativo en la cadena de estimulación para la lactancia materna porque esa madre se convierte en agente multiplicador y su hijo, sano y feliz en un ejemplo que las otras madres desearan emular.

Por eso es de interés estudiar hasta que momento las madres, que son objeto de intervenciones educativas regulares amamantan a sus hijos, para que este conocimiento se convierta en información que dirija las acciones de promoción de la lactancia materna y se logre el beneficio personal familiar y social que la lactancia trae para los niños y sus familias.

Con el objetivo de medir el impacto de la estrategia educativa sobre la prevalencia de la lactancia materna en los niños que acuden al programa de detección temprana de las alteraciones del desarrollo en una IPS de Santa Marta, se realizó este estudio que posteriormente servirá para dirigir las acciones del equipo de salud en cuanto a educación sobre lactancia materna.

MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio

Se diseñó un estudio comparativo, con tres momentos de intervención: a) medición de la prevalencia de la lactancia materna inicial con la cual se construyó la línea base o punto de partida, b) implementación de la estrategia educativa AIEPI c) una segunda medición de prevalencia.

Población

Se seleccionaron 131 madres de menores de dos años, utilizando la técnica de muestreo aleatorio simple, tomando el listado de los niños inscritos en el programa de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo del menor de 10 años, considerando únicamente los menores de dos años de edad, introduciendo los

nombres en una bolsa para extraer al azar los que finalmente integraron la muestra.

Instrumentos

Los niños fueron captados en visitas domiciliarias, y se aplicó a las madres, una encuesta con preguntas cerradas, las cuales exploraban la alimentación del día anterior en cuanto a consumir leche materna, agua, vitaminas, alimentos sólidos, leche de fórmula, leche entera y otros líquidos. El instrumento es una encuesta propuesta por la OPS para las investigaciones AIEPI, avalada en varios países del mundo como apta para valorar este tipo de estrategia de intervención en la infancia.

El análisis se hizo utilizando la tabla de consolidación de datos propuesta en la misma publicación.

El segundo momento de la investigación fue la intervención educativa en lactancia materna compuesta de seis talleres y un conversatorio dirigido a las madres de los niños seleccionados. Las sesiones educativas estuvieron enfocadas en las siguientes temáticas:

1. Lactancia materna exclusiva
2. Lactancia materna y construcción del rol parental
3. Alimentación complementaria
4. Lactancia un método de vinculación y unión familiar
5. Defiendo a mi hijo de las enfermedades lactándolo
6. Beneficios psicológicos para el binomio madre-hijo

Como epílogo de la actividad educativa, se hizo un conversatorio titulado “lactancia materna, la vivencia de varias generaciones” con el objeto de lograr la confrontación social de los conceptos de cinco mujeres de la misma comunidad, que llevaron con éxito el proceso de la lactancia. Este modelo es un diseño original de los investigadores, diseñado a partir de sus experiencias en trabajos con las comunidades;

todas las mujeres deberían haber pasado por la experiencia de lactar un hijo y haber generado una conducta de adherencia a la lactancia materna.

El grupo estuvo conformado así:

- La madre lactante en la actualidad con su hijo, el cual debía cumplir un episodio de lactancia frente al auditorio, y las investigadoras corroboraban los signos de buen agarre.
- Debían estar la suegra y la madre de la mujer que lactaba.
- Una mujer de la comunidad que hubiera cumplido este papel aproximadamente quince años atrás, considerada tercera generación,
- Una mujer que hubiera vivido la experiencia de la lactancia aproximadamente treinta años atrás, representante de una cuarta generación.

Se hizo necesario incluir como segunda generación tanto a la madre, como a la suegra, porque la observación en nuestra comunidad, ha señalado el papel preponderante que cumple la suegra en la decisión de la madre de mantener la lactancia. Su influencia, es mayor que la ejercida por la propia madre de la mujer lactante. Con este proceder se pretendió describir y comparar el comportamiento generativo, y lograr consenso en los beneficios de la lactancia desde épocas remotas en la misma comunidad. Es de aclarar que las consideradas “generaciones” no lo son realmente en línea familiar, y el intervalo generacional utilizado fue arbitrario.

En todas las sesiones educativas se tuvo especial cuidado en mantener una metodología dinámica, incluir y estimular una sesión de preguntas y respuestas, y comentario de experiencias, por lo cual cada sesión tuvo una duración de tres horas.

En el momento número tres, se implementó nuevamente la encuesta propuesta por la OPS para evaluar las prácticas clave de la estrategia AIEPI y por último se compararon los resultados con los obtenidos antes de la intervención educativa.

Declaración sobre aspectos éticos

En concordancia con la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, en esta investigación las madres que constituyeron la muestra del estudio consintieron su participación a través de la firma de un formato de consentimiento informado. Previamente fueron objeto de una explicación ilustrativa acerca de los alcances de la investigación, garantizando que la aceptación fuera realmente informada. Se respetó el principio de autonomía a través de la decisión individual de cada una de ellas de aceptar o no participar en la investigación, y a retirarse en el momento en que lo consideren necesario, además siempre prevaleció el principio de no maleficencia.

RESULTADOS

El análisis descriptivo de los datos suministrados por las madres de 131 niños, inscritos en el programa de detección temprana de las alteraciones del menor de 10 años, caracterizó a la población en menores de cuatro meses, de cinco meses a un año y entre 13 y 23 meses. La primera y la segunda muestra son iguales ($n_1 = n_2$) y la prueba de distribución normal, con el cálculo de $Z=1,68$ y alfa dos, permiten concluir con toda certeza que los cambios encontrados en el estudio son debidos a la estrategia AIEPI implementada y no al azar.

A través del software R, se aplicó la prueba estadística de Fisher, para observar las relaciones entre las proporciones de tres grupos de poblaciones: menor o igual a 4 meses, entre 5 y 12 meses y de 13 a 23 meses. El valor de p de la prueba de probabilidad de Fisher fue significativamente estadístico si $p < 0,05$.

Aunque son conductas desaconsejadas, en este grupo de edad, los menores de 4 meses encuestados, toman jugos, vitaminas, leche maternizada y un porcentaje menor agua saborizada, aunque esta es una edad en la cual el

niño debe tomar exclusivamente leche del pecho de su madre (Tabla 1).

El porcentaje de menores de cuatro meses que tomaron exclusivamente del pecho el día anterior es muy bajo; entre los mayores de cinco meses la lactancia materna disminuye respecto al grupo de menores de 4 meses y la tendencia descendente se maximiza en los niños entre 1 y 2 años (Tabla 1).

En todos los grupos de edad hay niños que toman agua saborizada, leche maternizada o leche entera y se evidencia la importancia que en nuestras comunidades tiene el consumo de vitaminas como suplemento, debido a que en el imaginario popular, las vitaminas son imprescindibles para conservar la buena salud, y no consideran importantes ni funcionales las que el organismo extrae de las frutas y verduras, sino exclusivamente las que proveen los suplementos. A partir de los cinco meses todos toman agua, y todos los menores de cinco meses que toman leche, también consumen agua, siendo esta una práctica no recomendada antes del mes seis, debido a que interrumpe la producción de leche materna, y además con la lactancia exclusiva no se requiere hidratación

El 88,8% de los niños menores de cuatro meses reciben leche maternizada y a partir de esta edad se inicia un marcado descenso de la lactancia materna, a expensas del uso de sucedáneos y las leches enteras. Significa esto que contrario a lo que ocurre con la lactancia materna, la utilización de leches enteras, sea en polvo o como leche de bolsa, se incrementa a medida que aumenta la edad del niño, llegando a un máximo de 96,7% entre los mayores de un año.

En este estudio en todos los grupos de edad está presente el uso del biberón, práctica ampliamente difundida, considerada desaconsejable, y que sin embargo es de uso cotidiano.

Tabla 1. Caracterización de la alimentación del niño en las últimas veinticuatro horas por grupos de edad.

Cuestionario	Edad					
	≤ 4 años		5 – 12 mese		13 – 23 meses	
	n= 18	%	n= 51	%	n= 62	%
¿Le dio ayer de mamar a niño?	16	88,8	32	59,2	15	24,1
¿Le dio ayer agua?	16	88,8	51	100	62	100
¿Le dio ayer vitaminas?	13	72,2	27	59,2	38	61,2
¿Le dio ayer agua saborizada?	5	27,7	12	23,5	17	27,4
¿Le dio ayer jugo en agua?	11	61,1	30	58,8	59	95,1
¿Le do ayer té?	0		0		0	
¿Le di ayer sales de rehidratación oral?	0		0		3	4,8
¿Le dio ayer gaseosa?	0		13	25,4	22	35,4
¿Le dio ayer leche maternizada?	16	88,8	29	56,8	2	3,2
¿Le dio ayer leche “fresca leche” entera en polvo?			26	50,9	60	96,7
Le dio ayer alimentos sólidos			26	50,9	62	100
¿Le dio ayer otros líquidos?	11	61,1	51	100	62	100
¿Ayer tomó biberón?	15	83,3	51	100	51	92,2

Tabla 2. Relación entre las proporciones de las poblaciones menor o igual a 4 meses y mayor o igual a 5 meses.

Cuestionamiento	≤ a 4 meses n=113		≥ 5 meses n= 113		Valor p de la prueba p de sensibilidad de Fisher	IC 95%
	Si	No	Si	No		
¿Le dio ayer de mamar al niño?	16	2	47	66	0,0002027	2419108 - 103,718377
¿Le dio ayer agua?	16	2	113	0	0,01797	0,00000 – 0,8235612
¿Le dio ayer vitaminas?	13	5	65	48	0,3054	0,5888944 – 7,3200210
¿Le dio ayer agua saborizada?	5	13	29	84	1	0,2355341 – 3,7018728
¿Le dio ayer jugo en agua?	11	7	89	24	0,1339	
¿Le do ayer té?	0		0	113		
¿Le di ayer sales de rehidratación oral?	0		3	110		
¿Le dio ayer gaseosa?	0		35	78		
¿Le dio ayer leche maternizada?	16	2	31	82	9,23E-004	4,456577 - 194932318
¿Le dio ayer leche fresca leche entera en polvo?	0		86	27		
¿Le dio ayer alimentos sólidos	0		88	25		

¿Le dio ayer otros líquidos?	11	7	113	0	2,85E-004	0,000000 – 0,08150473
¿Ayer tomó biberón?	15	3	102	11	0,4088	0,1223954 – 3,3694261

En la prueba de probabilidad de Fisher se observó significancia estadística ($p < 0,05$) entre las poblaciones en las variables 1) ¿Le dio mamar al niño? 2) ¿Le dio agua ayer?, 3) ¿Le dio ayer leche maternizada? 4) ¿Le dio ayer otros líquidos? (Tabla 2).

Tabla 3. Edad hasta la cual el niño tomó lactancia materna exclusiva.

CUESTION MIENTO	Edad											
	≤ 4 meses		5 – 12 meses					13 – 23 meses				
	1 mes	2 meses	24 horas	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses
¿Hasta qué edad tomó el niño lactancia materna exclusiva?	5 (27,7%)	6 (33,3%)	6 (11,87%)	12 (23,5%)	15 (29,5%)	10 (19,6%)	5 (9,8%)	3 (5,8%)	24 (38,7%)	14 (22,5%)	23 (37%)	1 (1,61%)

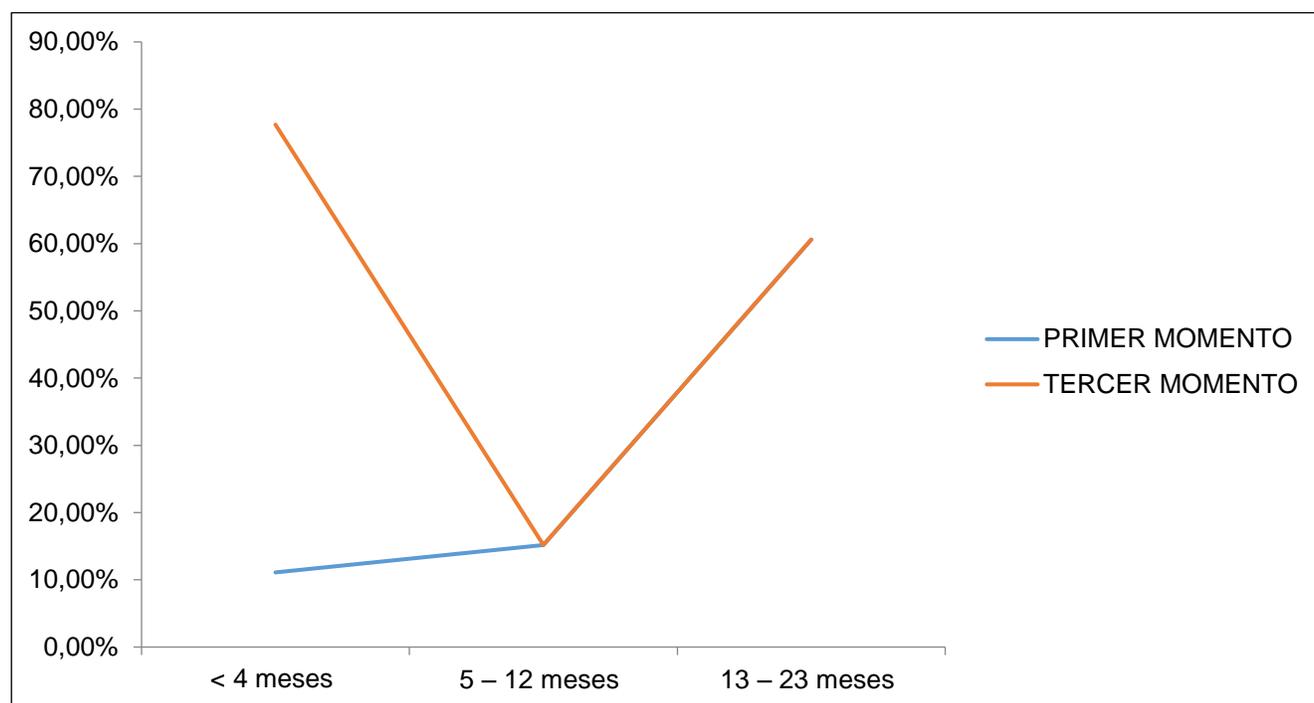


Figura 1. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta los cuatro meses de edad y lactancia materna en mayores de cuatro meses.

El 27,7% (Tabla 3) de los menores de cuatro meses tuvieron lactancia materna exclusiva durante el primer mes y 33,3% lactaron exclusivamente hasta los dos meses, lo cual deja ver que casi la mitad de los niños consumieron otro tipo de alimentación entre los dos y los cuatro meses. Entre los niños mayores de cinco meses y menores de un año, se ve que una cifra muy pequeña únicamente tuvieron lactancia materna exclusiva durante su primer día de vida, y el porcentaje mayor corresponde a niños que lactaron con exclusividad hasta los dos meses y las cifras de lactancia materna exclusiva disminuyen paulatinamente hasta los cinco meses donde alcanza una cifra muy inferior a la esperada.

El dato más significativo, en cuanto a promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es el 11,8% que al término de las primeras 24 horas ya les habían ofrecido otra leche diferente a la materna. El grupo que mejores resultados reportó fue el de trece a veintitrés meses, que mostró que un número significativo tuvo lactancia materna exclusiva hasta los cinco meses, y unos pocos hasta los seis meses (Figura 1).

De acuerdo a lo valorado en el primer momento de la investigación, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los niños de cuatro meses arrojó un valor inicial de 11,1% y con la implementación de la estrategia AIEPI educativa se evitó que la mayoría de las madres cuyos hijos aún no cumplían este rango de edad le introdujeran alimentos diferentes a la leche materna, con lo cual esta prevalencia aumentó a un 77,7%, considerando a las madres que continuaron en lactancia materna exclusiva y las que cumplieron el proceso de relactancia.

El restante 22,3% de madres optaron por lactancia materna predominante, considerada

como tomar leche del pecho directamente o extraída y otras bebidas lácteas y no lácteas, siendo que el mayor contenido de la alimentación es la leche materna. A los niños que al momento de la investigación superaban los seis meses de edad, tiempo en el cual la madre aunque debe seguir lactando, requiere iniciar la inclusión de alimentos de consistencia progresiva, se les preguntaba por el histórico de cuando la madre abandonó la lactancia materna exclusiva, y el tipo de ablactación que realizaron.

Como era de esperarse las cifras de prevalencia de la lactancia materna exclusiva se incrementó con la estrategia educativa AIEPI entre los menores de 4 meses, pero no tuvo modificaciones entre los mayores porque ya habían sido parcialmente destetados, lo que significa decir que la producción de leche había disminuido, y con ella la confianza en la madre para sentirse capaz de producir la cantidad suficiente y el gusto del bebé por otro tipo de sabores, circunstancias que dificultaron la relactancia.

En el tercer momento se midió la prevalencia de la lactancia complementada (Figura 2) con otros alimentos, la cual se incrementó entre los niños entre cinco y doce meses, y no se modificó en los mayores. Aunque las madres de los mayores de cuatro meses recibieron la educación y esta le será útil en futuros embarazos, y como agentes de apoyo a la lactancia en su familia y en su comunidad, la situación en cuanto a la lactancia de sus hijos no varió.

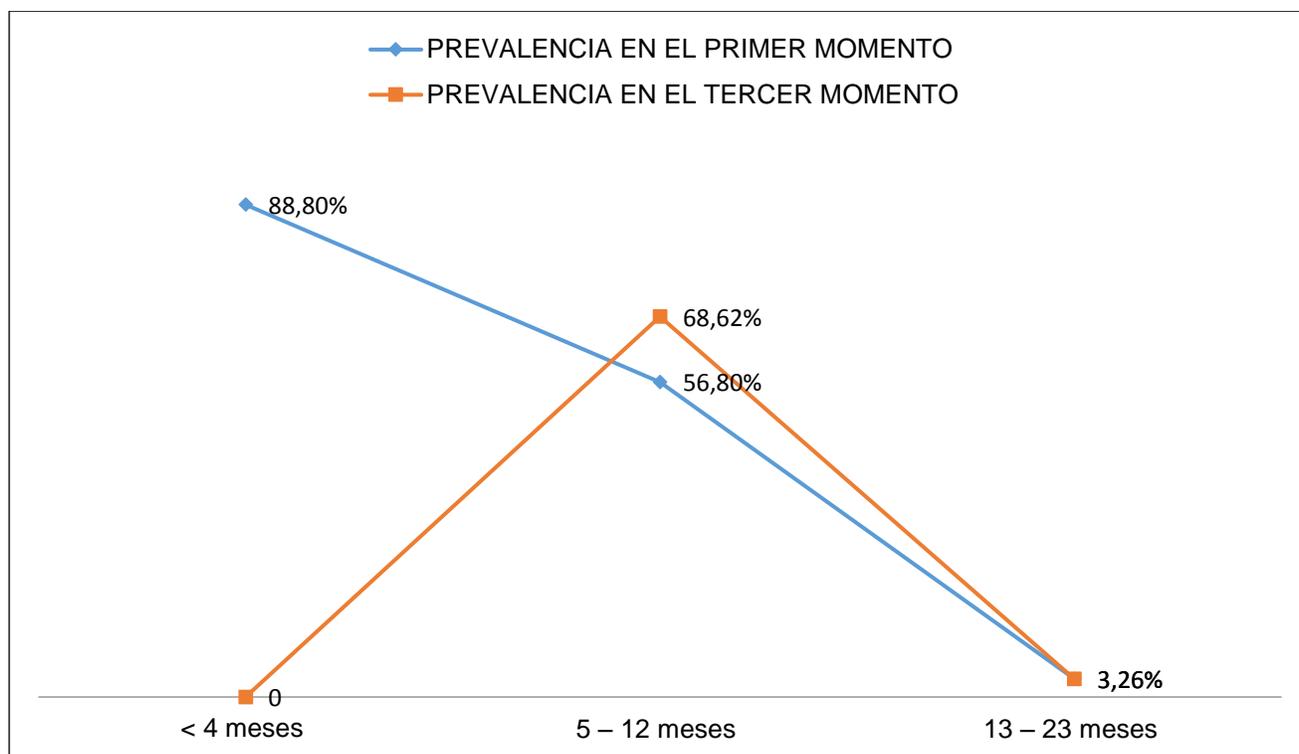


Figura 2. Prevalencia de la lactancia complementaria con otras formas de alimentación

DISCUSIÓN

Los hallazgos relevantes muestran que los niños menores de cuatro meses, en un alto porcentaje, ya están tomando agua y consumiendo vitaminas, el jugo sigue siendo muy valorado como un alimento importante en la dieta infantil y la leche entera es ofrecida a los niños mayorcitos, indicando el sitio que ocupa en el imaginario de la familia, como alimento indispensable para el niño, con la connotación cultural que marca la creencia que cualquier leche es adecuada, sin la presunción que este alimento es específico para la especie, concepto que indica que la leche buena para el infante, es la leche humana, preferiblemente proveniente de su madre⁸.

La lactancia materna disminuye a medida que la edad del niño se incrementa, estos hallazgos son similares a los encontrados por Muñoz *et al*⁹ donde afirman que durante el inicio de la vida, y por el alojamiento conjunto durante las primeras horas casi todas los neonatos reciben lactancia

materna y sin embargo las cifras de lactancia materna disminuyen masivamente durante el primer trimestre y muy pocos llegan a los seis meses con lactancia materna exclusiva. Estudios en varios países de América Latina, muestran que la lactancia materna exclusiva es relativamente alta durante el primer mes, decae rápidamente a la mitad durante el segundo mes y sigue disminuyendo rápidamente, y hacia el cuarto mes ya casi ninguno de los infantes son alimentados al pecho con exclusividad, cifra que es aún menor entre las madres adolescentes¹⁰

En Colombia la gran mayoría de los niños menores de cinco años son amamantados cuando nacen, aunque inician la alimentación al pecho durante las primeras 24 horas y no en la primera hora como es lo aconsejado. Solamente el 13% de las mujeres amamantan a sus hijos en forma exclusiva hasta los primeros cuatro meses y el 8% hasta el sexto mes¹¹.

En esta comunidad existe la práctica de darles agua a los bebés durante sus primeros seis meses de vida, hallazgo similar al de Aguilar-Cordero

en España, quien habla que un recién nacido sano aún en climas muy cálidos no necesitan hidratación si se alimentan del pecho de su madre¹².

Las madres de los niños de la comunidad entrevistada, les ofrecen agua saborizada y aunque últimamente se está difundiendo con rapidez la costumbre de consumir té, ninguna lo brinda a su hijo costumbre que también se ha encontrado en otros municipios colombianos¹³.

En este entorno cultural, la creencia es que los niños requieren muchas vitaminas para un desarrollo óptimo, y que estas no las proveen ni la leche materna, ni los alimentos, por lo cual se hace necesario que se suplementen. Este hallazgo es documentado por Herrera y colaboradores, quienes concluyen que esta práctica es común en toda América Latina y gran parte de Europa¹⁴.

Internacionalmente la recomendación es evitar la leche entera antes del año, debido a que su consumo incrementa el potencial para la deficiencia de hierro y contribuye a una alta carga renal no deseable de solutos. Sin embargo es una costumbre arraigada en América Latina, como lo afirman Heller y Flores¹⁵ en su investigación.

Las conductas encontradas, constituyen un error nutricional que predispone al infante a enfermedades carenciales, retraso en el crecimiento, dificultades metabólicas y aparición de alergias, circunstancias que no se presentan exclusivamente en este entorno, como lo documentan varias investigaciones^{16,17}.

Se considera que el desuso del biberón en las instituciones de salud, es el factor más asociado con una mayor duración del tiempo de lactancia materna exclusiva. Son estrategias para incrementar la lactancia, disminuir el uso del biberón, propiciar la vinculación madre hijo durante la primera hora de nacido a través del contacto piel a piel, favorecer el alojamiento

conjunto y estimular la lactancia materna precoz¹⁸.

La lactancia materna exclusiva ha ido disminuyendo en los últimos años según los datos reportados por UNICEF; en Colombia la práctica de la lactancia materna es generalizada por cuanto la prevalencia inicial es alta. Un 95% de infantes son amamantados cuando nacen pero, solamente el 61% por ciento es amamantado durante la primera hora, como es aconsejable, siendo que esta es una práctica esencial para el buen establecimiento de la lactancia materna¹⁹. Esta misma situación está plenamente evidenciada en la presente investigación, donde la lactancia disminuye drásticamente durante los primeros meses, en niños que iniciaron exitosamente la lactancia.

UNICEF concluye en sus estudios que la falta de formación específica en el personal de salud, el poco convencimiento de la importancia de la lactancia para enseñar con convicción y con el ejemplo y estimular a la madre para concienciarla de las ventajas que supone alimentar al bebé con su propia leche, son factores determinantes para estimular la lactancia materna¹⁹.

Contrario a lo que ocurre con la lactancia materna, el uso del biberón y la alimentación con fórmula no necesitan estímulo. El uso del biberón ha sido idealizado, vendido como una forma fácil, rápida, segura y cómoda de alimentar al bebé, promoviendo una sensación de confianza, al tiempo que proponen la leche maternizada como una solución al abandono, sea voluntario o forzado de la lactancia materna. Muchas veces la madre inicia la alimentación con biberón sin vislumbrar que al hacerlo provoca la llamada “confusión de pezones”, y como es más fácil extraer la leche de una mamila que del pecho materno, el niño termina por renunciar a la alimentación al pecho^{20,21}.

Igual que en el presente estudio, la estrategia AIEPI ha mostrado sus bondades al momento de lograr cambios significativos y empoderamiento

en la conducta de las comunidades donde se implementa, debido principalmente porque se trata de intervenciones sencillas, con lenguaje percibido como propio y abanderados por miembros de la misma comunidad lo que realza su credibilidad al ser percibidos como pares²¹.

CONCLUSIÓN

-La lactancia materna exclusiva en muy pocos casos rebasa los cuatro meses y ocasionalmente tiene un margen de tiempo tan pequeño que algunas madres antes de las primeras veinticuatro horas ya le han ofrecido biberón y leche maternizada al neonato

-La educación y la estimulación a las madres, aconsejadas por la estrategia AIEPI logra que opten por prolongar la lactancia materna, y en condiciones propicias que hagan relactancia.

-Las madres consideran que brindar a sus hijos vitaminas, jugos y bebidas no lácteas no interfieren con la lactancia materna, que es una práctica inocua y por lo tanto siguen creyendo que están lactando con exclusividad.

-Aunque las cifras de lactancia materna exclusiva son preocupantes, la lactancia materna si se mantiene durante bastante tiempo aunque casi la cuarta parte de las madres encuestadas la ofrecen a sus hijos que ya casi han cumplido los dos años

-Todas las madres ofrecen a su hijo biberón para los alimentos líquidos o las fórmulas lácteas.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sena A, Rivera R, Díaz E, Hernández B, Armas N. Caracterización de la lactancia materna en

madres adolescentes. *Rev. Cien Med.* 2014; 18(4):574-589.

2. Díaz-Cárdenas S, Arrieta-Vergara K, Ramos-Martínez K. AIEPI y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común en afroadolescentes del Caribe colombiano. *Rev Salud Publ.* 2013; 15 (4): 555-564.

3. Ministerio de salud y Protección social de Colombia, Plan fecenal de lactancia materna 2010-2020.

4. Brahm P, Valdes V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr.* 2017;88(1):7-14

5. UNICEF Epidemiología de la lactancia materna. Tomado de http://www.universia.es/portada/actualidad/noticia_actualidad.jsp?noticia=81425 Acceso Mayo 18 de 2010

6. Martínez L, Hermosilla M. Razones de abandono de lactancia materna en madres con hijos menores de 2 años. *Rev Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2017; 15(2): 73-78.

7. Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva D, Bermúdez-Gordillo L. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Rev. Fac. Med.* 2015; 63 (2): 217-227.

8. Plaza-Martín AM. Alergia a las proteínas de la leche de vaca. *Rev. Soc. Esp. De Ped.* 2013; 12(1): 51-61.

9. Muñoz LP, Mora B, Cubides M, Rodríguez K, Tapasco C, Marín G. Et. al. Aportes a la seguridad alimentaria a través de la lactancia materna en comunidades rurales. *Rev Me. Ris.* 2017; 23 (1): 43-48.

10. Flórez M, Orrego L, Revelo S, Sánchez G, Duque L, Montoya J. Et. al. Factores asociados a la lactancia materna en mujeres de un municipio colombiano. *Rev Mee. Ris.* 2018; 23 (1): 29-33.

11. Ruiz MD, Pouymiró Y, Dumas YA. Lactancia materna exclusiva a menores de seis meses pertenecientes al Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba. *Rev Medisan*. 2014; 18(2): 228-234
12. Aguilar-Cordero MJ, Madrid-Baños N, Baena-García L, Mur-Villar N, Guisado-Barrilao R, Sánchez-López A. Lactancia materna como método para prevenir alteraciones cardiovasculares en la madre y el niño. *Rev Nut. Hosp*. 2015; 31 (5): 1936-1946.
13. Secretaria de salud municipio de Envigado (Antioquia). Evaluación y monitoreo de la lactancia materna en el municipio de Envigado 2015. Disponible en https://www.envigado.gov.co/secretaria-salud/SiteAssets/010_ACORDEONES/DOCUMENTOS/2016/10/investigacion%20lactancia%20materna%20Envigado%202015.PDF.
14. Herrera H, Machado L, Villalobos D. Nutrición en recién nacidos a término y en niños de 1 a 6n meses. *Rev Arch. Ven de Pueric. y Ped*. 2013; 70 (3): 119-127.
15. Heller-Rouassant S, Flores-Quijano ME. Niño pequeño, preescolar y escolar. *Rev Gac Med Mex*. 2016; 152 (1): 22-28.
16. Martínez-Rubio A. Leche de vaca. Consumo en la infancia: Controversias y evidencias. *Rev Ped Aten Primaria*. 2015; 17 (24): 138-152.
17. Jiménez S, Martín I, Rodríguez A, Silvera D, Núñez E, Fague K. Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. *Rev Cub de Ped*. 2018; 90(1):79-93.
18. López B, Álvarez J, Carvajal de Pabón LM. Desarrollo de dos fórmulas infantiles como alternativa económica y saludable para seguridad alimentaria y nutricional de la población lactante. *Rev Univ y Sal*. 2016; 18(2):291-301.
19. UNICEF. Informe anual 2017. Disponible en <https://www.unicef.org.co/informe2017/es/pdf.pdf>
20. Aguilar-Cordero MJ, Madrid-Baños N, Baena-García L, Mur-Villar N, Guisado-Barrilao R, Sánchez-López A. Lactancia materna como método para prevenir alteraciones cardiovasculares en la madre y el niño. *Rev Nut. Hosp*. 2015; 31 (5): 1936-1946.
21. UNICEF Chile. Problemas de la lactancia 2017. Disponible en <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod03/Mod%203%20Problemas%20de%20lactancia%2018%20feb%202005.pdf>
22. Carmona-Jiménez D, Jaramillo-Parra E, Moreno AM, Gil-Villa AM, López-Herrera FE. Prácticas clave y conocimientos maternos de la Estrategia AIEPI en el ambiente comunitario. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2017; 35(3): 432-443.