



Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

Delgado Noguera, Mario; Orellana, Juan José
Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia
Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 55, núm. 1, 2004, pp. 9-17
Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214307002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

ESTUDIO ANALÍTICO

CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE CONDUCTAS ÓPTIMAS DE LACTANCIA*

MOTHERS' KNOWLEDGE ON OPTIMAL BREASTFEEDING BEHAVIORS

Mario Delgado Noguera, M.D., MSc**, Juan José Orellana, PhD***

Recibido: noviembre 24/2003 – Revisado: febrero 6/2004 – Aceptado: marzo 14/2004

RESUMEN

Objetivo: explorar los conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia materna en las madres en puerperio en el Seguro Social de Popayán, Colombia. Establecer grupos y perfiles de madres según su grado de conocimientos.

Diseño: estudio descriptivo.

Contexto: centro asistencial de segundo nivel de atención de la seguridad social colombiana.

Participantes: 104 madres entrevistadas consecutivamente en el periodo del puerperio.

Principales mediciones: se desarrolló un cuestionario para establecer los conocimientos de la lactancia de las madres puérperas a partir de las cinco conductas óptimas de lactancia promovidas por la Wellstart, una organización promotora de la lactancia materna, conductas construidas por medio de estudios cualitativos. Se establecieron cinco preguntas por cada conducta óptima. Se consideró una variable de conocimientos definida como el promedio de los puntajes observados en cada una de las cinco conductas. El punto de corte en la escala 0 a 1 considerado como aceptable fue de 0,6. Se establecieron grupos homogéneos de madres en función al perfil dado por: edad, estrato socioeconómico, paridad, estado civil, escolaridad, abuela conviviente, información sobre

lactancia, trabajo y estudio, y se observó la tendencia de los puntajes obtenidos según su perfil.

Resultados: el 20,2% de la muestra estuvo por debajo del puntaje considerado como aceptable. El puntaje promedio de conocimientos fue $0,73 \pm 0,176$ (1DE). El puntaje inferior se presentó en la cuarta conducta óptima (complementación gradual), promedio: $0,68 \pm 0,17$ (1DE) y el superior en la primera (lactancia inmediata después del nacimiento), promedio: $0,80 \pm 0,19$ (1DE). El grado de conocimiento materno tiene una tendencia significativa según los perfiles (Wilcoxon trend test valor $p < 0,0001$).

Conclusiones: aunque el nivel de conocimientos fue aceptable, el estudio permite establecer la necesidad de un programa educativo para reforzar las conductas deseables sobre lactancia materna, principalmente en la complementación gradual. Las madres que necesitan esta intervención son las de menor edad, solteras o en unión libre, primíparas, con niveles bajos de estrato socioeconómico y escolaridad. También es necesario incluir a las abuelas en el programa.

Palabras clave: lactancia materna, conocimientos, madres, educación en salud.

SUMMARY

Objective: To explore the knowledge on breastfeeding best practices in the postpartum mothers at the Social Security of Popayán, Colombia. To determine sub-groups and profiles of mothers according

* Trabajo presentado en el XIX Congreso Internacional de Epidemiología. Clínica (INCLIN Global Meeting) Sharm El-Sheik, Egipto, febrero, 2002.

** Departamento de Pediatría, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.

*** CIGES, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile.

to their degree of knowledge about breastfeeding.

Design: Descriptive study.

Context: Level II Center of attention of the Colombian Social Security.

Participants: 104 mothers interviewed consecutively in the postpartum period.

Main measurements: A questionnaire was developed to establish knowledge about breastfeeding practices of the post-delivery mothers from the 5 optimal conducts of breastfeeding promoted by the Wellstart, a promotional organization of the maternal breastfeeding. These conducts were constructed from studies in developing countries. A total of 5 questions for each optimal conduct were done. The cut off point in a scale 0 to 1 considered as acceptable was 0,6. A variable of knowledge defined like the average of the score observed in each one of the 5 conducts was considered. Homogenous groups of mothers with a profile given by: age, socioeconomic stratum, parity, marital status, schooling, present grandmother, information on breastfeeding, and work was established. The tendency of the scores obtained according to this profile was observed.

Results: 20,2% of the sample was lower than the acceptable score. The average knowledge score was $0,73 \pm 0,176$ (1SD). The low knowledge appeared in the fourth optimal conduct (gradual supplementation), average of $0,68 \pm 0,17$ (1SD) and the high one in the first (immediate breastfeeding after the birth) with an average of $0,80 \pm 0,19$ (1SD). The degree of the maternal knowledge according to the profiles was significant (Wilcoxon trend test value $p < 0,0001$).

Conclusions: Although the level of knowledge was acceptable, the study establishes the necessity of an educational program to reinforce conducts on breastfeeding, mainly in the gradual supplementation to complementary feeding. The mothers who need this intervention are those at younger age, unmarried or in free union, primiparas, with low levels of socioeconomic stratum and schooling. Also it is necessary to include the grandmothers in the program.

Key words: mothers; knowledge; breastfeeding; health-education; health-promotion.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es una medida clave en la salud pública, dado que ofrece reconocidos y bien documentados beneficios para la salud de la madre y el niño,¹⁻³ y que dependen de su inicio, duración y edad del niño a la ablactación. Por otra parte, es una alimentación óptima, de bajo costo y beneficiosa desde el punto de vista económico, pues evita la necesidad de comprar leche de fórmula, biberones, energía para prepararlos y las posibles consecuencias de su preparación sin las medidas de higiene. Se estima que la alimentación de un bebé con leche artificial cuesta entre US \$200 y US \$300/año, lo cual representa una proporción importante de los ingresos *per capita* de una familia latinoamericana.⁴ Igualmente, sin ser menos relevante, la lactancia natural impide la importación de leches artificiales caras. Por estas razones, la promoción de la lactancia natural es crucial y prioritaria para la seguridad alimentaria y para la salud de la madre y el niño.

La promoción de la lactancia natural comprende un amplio espectro de programas y actividades en variados ámbitos educativos, comunitarios, gubernamentales y no gubernamentales. Una actividad investigativa necesaria es establecer el grado de conocimientos que las madres puedan tener respecto a la lactancia natural.⁵

La Wellstart,⁶ una organización dedicada a la promoción de la salud familiar por medio de la lactancia materna, promueve cinco conductas óptimas de lactancia con las cuales se espera maximizar los beneficios de la lactancia natural⁷ y se basan en evidencias de investigaciones acerca de las propiedades de la leche materna:⁸

- Iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento.
- Lactancia a libre demanda frecuente, incluyendo la alimentación nocturna.
- Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.
- Complementación de la lactancia materna con los alimentos apropiados, cuando el niño tenga alrededor de los seis meses de edad.

- Continuación de la lactancia materna hasta el segundo año de vida con cese gradual, no abrupto, de ella.

En Latinoamérica existe una generalización de prácticas sub-óptimas de lactancia materna, principalmente el inicio tardío de ella, uso de leches artificiales y líquidos para el recién nacido, duración reducida de la lactancia, empleo de biberones e inadecuada elección del momento de introducción de los alimentos complementarios. En Colombia, el Plan Decenal para la promoción de la lactancia materna reconoce la existencia en el país de prácticas erróneas que afectan la lactancia materna⁹ y en el estudio de Carrasquilla y cols.,¹⁰ sobre lactancia materna en instituciones de salud en ciudades colombianas, solo el 45% de las madres iniciaron la lactancia dentro de la primera hora después del nacimiento, y es común el uso de suero glucosado y leches artificiales como primer alimento; también encontró la creencia de que el calostro es una leche de mala calidad. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia en el 2000, demuestra que los recién nacidos iniciaron la lactancia dentro de la primera hora en el 61%.¹¹ En Popayán, ciudad intermedia del suroccidente colombiano, cerca del 60% de las madres empezaron la lactancia artificial en los seis primeros meses de vida de sus hijos y el 80% dieron alimentos complementarios antes del cuarto mes.¹²

Por otra parte, la prevalencia de la lactancia materna ha disminuido. Según la Encuesta Nacional de Profamilia ya citada,¹¹ la lactancia materna exclusiva en bebés a los seis meses solo alcanza el 2% y entre los que tienen lactancia materna a esa edad, el 69% también son alimentados con lactancia artificial. Estos hechos comprometen el éxito de las conductas óptimas ya expuestas.

La Wellstart sugiere investigar cada una de estas conductas según el propio contexto cultural, con el propósito de conocer las prácticas locales, mejorarlas y estimularlas, con base en la necesidad. Poco se sabe en Colombia de los conocimientos maternos sobre estas conductas óptimas y sería de interés saber cuánto conocen las madres al respecto

y cómo se conforman perfiles según el grado de conocimiento. Estos hallazgos permitirían tener bases para las actividades de intervenciones más efectivas en la promoción de la lactancia materna y de las conductas óptimas al conocer los grupos de madres que necesitan más información sobre el tópico y que comprometen distintas instancias de salud, como los programas de control prenatal o los que promocionan la lactancia después del parto y que han demostrado efectividad.¹³

El objetivo del presente trabajo es explorar los conocimientos maternos sobre las conductas óptimas de lactancia materna en una institución de segundo nivel de atención de la seguridad social colombiana y establecer perfiles de madres, según el nivel de estos conocimientos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: descriptivo.

Población y muestra: se entrevistaron 104 madres de manera consecutiva en un centro perteneciente al Sistema de Seguridad Colombiano de segundo nivel de atención de Popayán, Cauca, en el periodo de puerperio.

Mediciones: se realizó un cuestionario para determinar el nivel de conocimientos sobre las conductas óptimas de lactancia promovidas por la Wellstart. Las preguntas se desarrollaron a partir de los tópicos básicos de investigación de cada conducta óptima propuestos por esta organización.⁷ Se establecieron cinco preguntas tanto de elección múltiple como algunas dicotómicas que exploraban sus conocimientos, por cada una de las cinco conductas óptimas y cada una tuvo un puntaje de 0,2 en caso de ser correcta. Se realizó un estudio piloto para observar las dificultades con las preguntas y se solicitó la opinión de dos médicos pediatras, profesores universitarios, para que dictaminaran si las preguntas reflejaban el posible conocimiento de las madres sobre las conductas óptimas de lactancia. El punto de corte del puntaje en la escala 0 a 1 para cada conducta estimado como aceptable fue de 0,6. Se consideró solo una variable de «conocimientos»

definida como el promedio de los puntajes observados en cada una de las cinco conductas.

Las variables consideradas que podrían afectar el grado de conocimientos maternos sobre la lactancia materna fueron la edad materna, estrato socioeconómico, paridad, estado civil, escolaridad, presencia de la abuela en la familia, empleo y/o estudio materno, información recibida sobre la lactancia por el personal de salud, y control prenatal.

Análisis: los datos se analizaron en el paquete estadístico Stata 6,0. Se emplearon el promedio y DS para las variables cuantitativas y las proporciones para las cualitativas. Para el análisis global de los datos se identificaron grupos homogéneos de mujeres en función al perfil de las variables anotadas. Los grupos se definieron sobre la suma de los códigos de las variables que conformaban el perfil. Se usó la prueba de tendencia de Wilcoxon para observar si las diferencias entre los grupos de madres según su nivel de conocimiento eran significativas a un nivel del 0,05%.

RESULTADOS

En la muestra predominaron las madres entre 20-29 años con 58,7%, menores de 20 años el 13,5%; el promedio fue de 26 años con 1DS de 6,1. La mayoría, 95,3%, pertenecían a los cuatro primeros estratos socioeconómicos* y eran múltiples 60,6%. Predominaron las madres casadas y en unión libre, 80,8%, si bien el 19,2% eran solteras.

Todas tenían algún grado de escolaridad, con predominio de las que había terminado el ciclo secundario (50,9%). La abuela convivía con la mitad de las madres. El 45% dijo no haber recibido información sobre la lactancia materna por parte del personal de salud del Seguro Social. Las madres que no tenían empleo y no estaban estudiando fueron la mayoría, 54,8 y 71,2%, respectivamente. El número promedio de controles prenatales fue de seis (**tabla 1**).

En la **tabla 2** se observa el puntaje promedio y las DS de los conocimientos de cada conducta óptima por parte de las madres de la muestra.

El punto de corte del puntaje para cada conducta en la escala 0 a 1, considerado como aceptable fue de 0,6. El promedio de los conocimientos maternos de todas las conductas óptimas fue de 0,73 (IDE 0,17). El rango de variación de estos puntajes fue de 0,24 a 1,0. El mayor promedio (0,8) se obtuvo en la primera conducta (iniciación de la lactancia materna en la primera hora después del parto) y la conducta con menor promedio (0,6) fue la cuarta (complementación de la lactancia materna con alimentos suplementarios adecuados cuando el niño tenga alrededor de seis meses de edad).

El 20,2% de la muestra estuvo por debajo del puntaje de 0,6, considerado como aceptable.

Para el análisis final se consideró solo una variable de «conocimientos» definida como el promedio de los puntajes observados en las cinco conductas. Esto se justificó por la alta correlación lineal positiva que existe entre los puntajes obtenidos en cada una de ellas (**tabla 3**).

Para el análisis global de los datos, se identificaron grupos homogéneos de mujeres en función a las variables que se consideró podrían afectar los conocimientos maternos sobre conductas óptimas y la variable de «conocimientos» promedio de las cinco conductas. De esta forma inicialmente se identificaron 17 grupos que luego se reagruparon sobre la base de la semejanza de los perfiles y la baja frecuencia de algunos de ellos. Se decidió entonces construir una escala ordinal final de siete perfiles de mujeres:

1. Menos de 20 años de edad, nivel socioeconómico I, primigrávida, con estudios de primaria, abuela no conviviente, soltera, no recibió información sobre la lactancia durante su embarazo, no trabaja ni estudia.
2. Menos de 20 años de edad, nivel socioeconómico I, primigrávida, con estudios de primaria, abuela no conviviente, soltera o casada, no recibió información sobre la lactancia durante su embarazo, no trabaja ni estudia.

* En Colombia existen 6 estratos socioeconómicos que se emplean para objetivos tarifarios e impositivos, para este trabajo se reagruparon en tres así: estratos 1 y 2: I; estratos 3 y 4: II; estratos 5 y 6: III.

3. Sobre 20 años de edad y menos de 30, nivel socioeconómico I o II, primigrávida o múltipara, casada, con estudios de secundaria, abuela no conviviente con la familia, no recibió información sobre lactancia durante el embarazo, no trabaja ni estudia.
4. Sobre 20 años de edad y menos de 30, nivel socioeconómico II, primigrávida o múltipara, casada, con estudios de secundaria, abuela no conviviente con la familia, no recibió información sobre lactancia durante el embarazo, trabaja, no estudia.
5. Sobre 20 años de edad y menos de 30, nivel socioeconómico II, múltipara, casada o en unión libre, con estudios secundarios o universitarios, abuela conviviente, no recibió información sobre lactancia durante el embarazo, trabaja, no estudia.
6. Sobre 30 años, nivel socioeconómico II, múltipara, unión libre, con estudios universitarios, abuela conviviente, recibió información sobre lactancia durante el embarazo, trabaja y estudia.
7. Sobre 30 años, nivel socioeconómico III, múltipara, unión libre, con estudios universitarios, abuela conviviente, recibió información sobre lactancia durante el embarazo, trabaja y estudia.

La **gráfica 1** muestra en gráficos de caja la distribución y la tendencia creciente de puntajes de los conocimientos de estos siete grupos. Mediante un análisis de tendencia fue posible probar que los puntajes de conocimiento incrementaban a medida que aumentaban los niveles de la escala de perfiles de las madres. Esta relación se hizo estadísticamente significativa (prueba de tendencia de Wilcoxon: $p < 0,0001$).

**Tabla 1. Características de la muestra
Clínica del Seguro Social, Popayán, Colombia,
segundo nivel de atención, 2001**

Característica	No.	%	% cum
Edad materna			
< 20 años	14	13,5	13,5
20-29 años	61	58,7	72,2
> 30 años	29	27,8	100,0
$X = 26$ IDS = 6.1			
Estrato socioeconómico			
I-II	49	47,1	47,1
III-IV	50	48,1	95,2
V-VI	5	4,7	100,0
Paridad			
Múltiparas	63	60,6	
Primíparas	41	34,2	
Mediana = 2			
Estado civil			
Solteras	20	19,2	19,2
Casadas	48	46,2	65,4
Unión libre	36	34,6	100,0
Escolaridad			
Primaria	37	35,6	35,6
Secundaria	53	50,9	86,5
Universitaria	14	13,5	100,0
Presencia de la abuela en el hogar			
Sí	52	50,0	
No	52	50,0	
Información recibida por el personal de salud sobre lactancia materna			
Sí	59	56,7	
No	45	43,3	
Madre con empleo			
Sí	47	45,2	
No	57	54,8	
Madre estudiando			
Sí	30	28,8	
No	74	71,2	
Número de controles prenatales			
$X = 6$, IDS = 1,99			

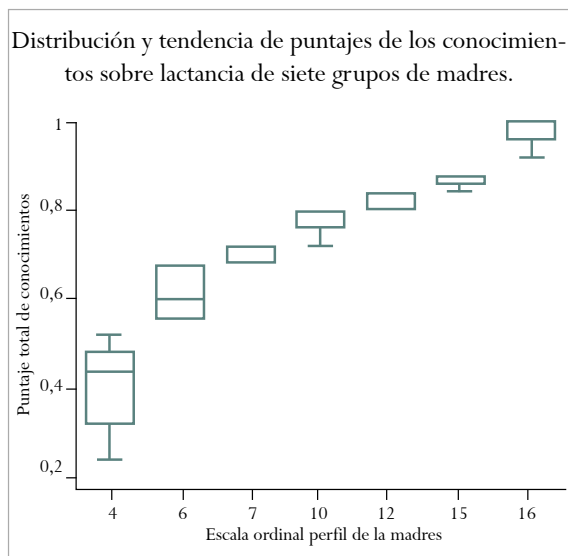
DISCUSIÓN

Este es un estudio descriptivo que muestra el grado de conocimientos maternos sobre las conductas

Tabla 2. Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia materna Clínica del Seguro Social, Popayán, Colombia, segundo nivel de atención, 2001.

Conducta óptima	X	1DS
Iniciación de la lactancia materna en la primera hora después del parto	0,8	0,19
Alimentación con leche materna a libre demanda (incluyendo las comidas nocturnas)	0,7	0,18
Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad del lactante	0,7	0,16
Complementación de la lactancia materna con alimentos complementarios adecuados cuando el niño tenga alrededor de seis meses de edad	0,6	0,16
Continuación de la lactancia materna hasta el segundo año de vida del niño con cese gradual de ella	0,7	0,23

óptimas de lactancia en el periodo de puerperio, en una institución de segundo nivel del sistema de seguridad colombiano y establece los perfiles de las madres en relación con su grado de conocimientos. El hecho de haberlo realizado durante el periodo de puerperio, cuando hay interacción con el personal del centro de atención, pudo haber incrementado el puntaje de conocimientos de al menos las dos primeras conductas óptimas que están más relacionadas con el inicio de la lactancia materna.



Gráfica 1. Se observan los números de los agrupamientos. La denominación de los grupos es de 1 a 7. Clínica del Seguro Social, Popayán, Colombia, segundo nivel de atención, 2001

Varios autores han señalado que los programas de promoción de la lactancia materna no han puesto suficiente atención a la definición de los grupos a los que van dirigidos.¹³⁻¹⁵ Este trabajo apunta en esa dirección y espera contribuir a definir los grupos de madres que, por su nivel de conocimientos sobre conductas óptimas, necesitan más información y apoyo sobre el tópico.

En Latinoamérica no es un tema muy conocido explorar los conocimientos maternos sobre la lactancia y la alimentación del niño. En Colombia¹⁶ se encontró un estudio cuyo instrumento de medición de conocimientos es de tipo dicotómico. Un estudio cubano específico relacionado con este tema¹⁷ es de tipo descriptivo y no emplea pruebas de significancia. La pregunta sobre los conocimientos maternos no proviene de un instrumento de medición y también es dicotómica.

En general, el nivel de conocimientos de las madres en relación con conductas óptimas de este centro de la seguridad social colombiano fue bueno, ya que más de las tres cuartas partes (79,4%), tuvieron un nivel superior al considerado aceptable. En este centro funciona irregularmente un comité de promoción de lactancia materna que ha involucrado al personal que labora en el servicio de puerperio. Esta actividad puede ser uno de los factores que afectan positivamente el puntaje de la primera conducta (iniciación de la lactancia materna en la primera hora después del parto), porque es

Tabla 3. Correlación entre los puntajes promedios de conocimientos de las cinco conductas óptimas de lactancia materna (r^2). Clínica del Seguro Social, Popayán, Colombia, segundo nivel de atención, 2001.

	Inicio*	Libre*	Exclusiva*	Suplementa*	Dos años*
Inicio	1,00				
Libre	0,83	1,00			
Exclusiva	0,84	0,83	1,00		
Complementa	0,86	0,87	0,82	1,00	
Dos años	0,90	0,87	0,82	0,89	1,00

$P < 0,05$

* *Inicio*: iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento. *Libre*: lactancia a libre demanda frecuente, incluyendo la alimentación nocturna. *Exclusiva*: lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad del niño. *Complementa*: complementación de la lactancia materna con los alimentos apropiados cuando el niño tenga alrededor de los seis meses de edad. *Dos años*: continuación de la lactancia materna hasta el segundo año de vida con cese gradual, no abrupto, de ella.

muy dudoso que pueda provenir de la información prenatal a las madres, debido a que, como dato sobresaliente, el 43,3% de ellas dijeron no haber recibido información sobre lactancia durante su embarazo, hecho que pone en entredicho el grado de importancia dado a la promoción de la lactancia en los controles prenatales de la institución. A pesar de que los conocimientos de esta conducta son los de más alto puntaje, la práctica muestra que según la encuesta de Demografía y Salud de Profamilia, 2000,¹¹ el 60% de los niños inician la lactancia en la primera hora después del nacimiento.

El menor puntaje en la cuarta conducta óptima (complementación de la lactancia materna con alimentos adecuados cuando el niño tenga alrededor de seis meses de edad), concuerda con la alta proporción (83%) de niños que reciben alimentos complementarios antes del cuarto mes, como lo demuestra un estudio previo en la misma institución.¹² En la encuesta de Demografía y Salud de Profamilia, 2000, también se observó que en los primeros dos meses de vida el 43% de los niños habían recibido complementos.¹¹ Este hecho, que afecta la duración de la lactancia materna, es igualmente un factor de riesgo reconocido para enfermedades

no solo de la edad infantil^{18,19} y demuestra que las madres conocen poco de la etapa de la alimentación complementaria. Quizás la atención al asunto no es óptima en los controles de crecimiento y desarrollo, así como también se conoce que en algunas regiones de Colombia se promueve por parte de médicos la introducción de alimentos diferentes a la leche en periodos tan tempranos como la etapa neonatal, lo cual tiene eco, lamentablemente, en los periódicos de cobertura nacional.²⁰

La tercera conducta óptima, leche materna exclusiva hasta que el niño tenga alrededor de seis meses de edad, tuvo un puntaje intermedio, superior al considerado aceptable. A pesar de conocer los beneficios de la lactancia exclusiva en este grupo de madres, en varios estudios se observa una tendencia creciente a alimentar tempranamente con leche artificial.⁷ En un estudio en el mismo centro de la seguridad social colombiana, el 57% de las madres entrevistadas a los seis meses de vida de su bebé, dijeron que habían empleado la lactancia artificial¹² y el 29%, haber tenido problemas de lactancia, principalmente “insuficiente leche”. En el estudio colombiano ya citado,¹⁶ 78% de las madres encuestadas respondieron que la lactancia debía ser exclusiva, señalando como principal obstáculo los horarios de trabajo. Esta brecha entre el conocimiento y la práctica de la lactancia materna puede atribuirse a influencias sociales, culturales y económicas, producto de la modernización de la sociedad occidental donde la estructura familiar y los roles de la mujer han cambiado vertiginosamente y, por otra parte, a la influencia de las estrategias de publicidad y comercialización de las leches artificiales, cuyas casas productoras encuentran muy atractivo el mercado de la alimentación infantil.^{22, 23}

La segunda conducta óptima, lactancia a libre demanda frecuente, incluyendo la alimentación nocturna, y la quinta, continuación de la lactancia materna hasta el segundo año de vida con cese gradual, también tuvieron un puntaje intermedio. Al parecer estos tópicos que se refuerzan en los mensajes sobre lactancia materna institucionales y no institucionales, hacen que las madres conozcan adecuadamente estas conductas óptimas. Sin embargo, la práctica de continuar alimentando al niño de esta manera hasta los dos años está en declive en Colombia y en varios países de Latinoamérica.²⁴ La Encuesta Nacional de Profamilia, 2000,¹¹ mostró que la duración mediana de la lactancia es de trece meses en el país.

En cuanto a los grupos de madres que se conformaron, se encontró que características como mayor edad y escolaridad, estrato socioeconómico alto, multiparidad, estar en unión libre, haber recibido información sobre la lactancia, estar estudiando y trabajando, y tener la abuela conviviente estaban asociadas significativamente con un mayor conocimiento sobre las conductas óptimas de lactancia.

Algunas de estas asociaciones como el nivel de educación materna y haber tenido información sobre la lactancia en el periodo antenatal coinciden con lo reportado en la literatura,^{5,13} y corroboran que las visitas de la madre a sus controles prenatales representan una excelente oportunidad para la promoción de la lactancia materna y al mismo tiempo resaltan la gran proporción de madres que dijeron no haberla recibido en esta institución.

La identificación de los grupos también puso en relieve un grupo de madres que necesitan más apoyo e información sobre la lactancia y que sería de interés iniciar un programa promocional sobre el conocimiento de las cinco conductas óptimas de lactancia, ya que hay intervenciones educativas desde distintos ámbitos y tipos que han sido efectivas para incrementar la duración de la lactancia materna.²⁵⁻²⁸

Estas madres son jóvenes menores de 20 años, con nivel educativo bajo, solteras y primigrávidas,

no están trabajando ni estudiando. Por otra parte, se hace necesaria, previa a la intervención a este grupo de mujeres, la investigación exploratoria sobre sus creencias y actitudes de alimentación de sus hijos, y establecer pedagogías más acordes con los resultados de esta exploración.

El bajo costo que representa el incremento de estos conocimientos en la duración de la lactancia materna y sus beneficios en la salud materno-infantil probados, principalmente en el ambiente ya dado del control prenatal, ofrece un punto de vista económico atractivo para iniciar estas intervenciones.

AGRADECIMIENTOS

A Juliana Chamorro, Tania Mendoza, Beatriz Mosquera, Fredy Palechor, Alirio Bastidas, Luz Stella Bolaños, Servio Ceballos, Milton Jojoa, Diego Piamba, alumnos de medicina, por su ayuda en la recolección de los datos.

A CIGES, Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera, Temuco, Chile, por su apoyo en el análisis de los datos.

REFERENCIAS

1. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100(6):1035-9.
2. A warm chain for breastfeeding (editorial). *Lancet* 1994; 344(8932):1239-41.
3. Victora GC, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987;2:319-22.
4. Rodríguez García R, Schaefer LA. Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. *Bol Oficina Sanit Panam* 1991;111(1):1-15.
5. Susin L, Giugliani ER, Kummer SC, Maciel M, Simon C, da Silveira LC. Does parental breastfeeding knowledge increase breastfeeding rates? *Birth* 1999;26(3):149-56.
6. <http://www.wellstart.org>
7. Manoff Group, Wellstart international. A guide to Qualitative Research for Improving Breastfeeding Practices. Washington; 1996.

8. Wellstart international. Apoyo comunitario a la lactancia materna: manual de planificación. Washington; 1996.
9. UNICEF, ICBF, Ministerio de Salud. Plan Decenal para la promoción y apoyo a la lactancia materna. Santafé de Bogotá, Colombia; 1998.
10. Carrasquilla G, Osorno J, Samper B, Soto A, Vázquez C. Lactancia materna en instituciones de salud de grandes ciudades colombianas. Cali: FES; 1992.
11. PROFAMILIA. Salud Sexual y Reproductiva: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá; Octubre, 2000.
12. Delgado M, Hebel E, Orellana JJ, Ríos E. Lactancia en menores de 6 meses en Popayán, Colombia. *Pediatría* 2000;35(4):336-46.
13. Sikorski J, Renfrew MJ, Pandoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*: Oxford; 2002. Issue 1.
14. Bautista L. Factores asociados al inicio de la lactancia materna en mujeres Dominicanas. *Rev Panam Salud Pública* 1997;1(3):200-7.
15. Tognetti J. Evaluating breastfeeding promotion programmes. In: Jelliffe DB, Jelliffe EFP. *Programmes to promote breastfeeding*. New York: Oxford University Press; 1988. p. 405-19.
16. Caballero CA, Valderrama M, Cleves A, Romero MA. Impacto de la educación en la lactancia materna sobre la cultura y la nutrición en Bosa, Santafé de Bogotá. *Rev Asoc Col Diet Nutric* 1999;1(2).
17. Gutiérrez A, Barbosa D, González R, Martínez O. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna. *Rev Cubana Enfermer* 2001;17(1):42-6.
18. Forsyth J, Ongston SA, Clark A, Florey C, Howie PW. Relation between early introduction of solid food to infants and their weight and illnesses during the first two years of life. *BMJ* 1993;306:1572-6.
19. Akre J, editor. *Alimentación infantil: Bases fisiológicas*. Guatemala: OPS/OMS/INCAP; 1992. p. 68.
20. *La Revista-El Espectador*, Colombia, 2002 Sept 1.
21. Scattena T, Rotter N. Aleitamento materno e suplementacao alimentar. *Bol Oficina Sanit Panam* 1989; 106(2):108-16.
22. Howard FM, Howard CR, Weitzman M. The physician as advertiser: the unintentional discouragement of breastfeeding. *Obstet Gynecol* 1993;81:1048-51.
23. Pérez Escamilla R. Breast-feeding patterns in nine Latin American and Caribbean countries. *Bull Pan Am Health Organ* 1993;27(1):32-42.
24. Grossman LK, Harter C, Hasbrouk C. Testing mothers' knowledge of breastfeeding: instrument development and implementation and correlation with infant feeding decision. *J Pediatr Perinat Nutr* 1990;2:43-63.
25. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20.
26. Taddei JA, Westphal MF, Venancio S, Bogus C, Souza S. Breastfeeding training for health professionals and resultant changes in breastfeeding duration. *Sao Paulo Med J* 2000;118:185-91.
27. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Lancet* 1999;353:1226-31.
28. Hauck YL, Dimmock JE. Evaluation of an information booklet on breastfeeding duration: a clinical trial. *J Adv Nurs* 1994;20(5):836-43.