

Liliana Patricia Muñoz Sánchez¹, Bárbara de las Mercedes Mora², Manuela Cubides Arias², Karol Viviana Rodríguez Duque², Cindy Tapasco Hernández², Gloria Amparo Marín², Amanda Sánchez³, Libia Ocampo³, Mariela Zapata³

¹ Hospital San Vicente de Paul de Santa Rosa de cabal. Grupo de investigación Epidemiología salud y Violencia. UTP pato3720@gmail.com

² Programa de enfermería. Fundación Universitaria del Área Andina.

³ Líderes integrante de Escuela Campesina de Agroecología.

Resumen

Introducción

Desde el 2008 Colombia aprueba la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, esta recomienda la lactancia materna (LM) por los beneficios en el bienestar de la familia y el niño, al prevenir infecciones respiratorias, digestivas, neurológicas y por sus características nutricionales que contribuyen a un adecuado desarrollo neurológico, ganancia de talla y peso, este estudio evaluó esta práctica en población rural.

Métodos

Mediante grupos focales, 25 personas convocadas por escuelas campesinas de agroecología intercambiaron prácticas y saberes sobre LM, las entrevistadas corresponden a la generación actual y la anterior que tuvieron experiencias de LM.

Resultados

La generación más joven con paridad entre 1 y 5, lactó en promedio 14.9 meses y las abuelas con paridad entre 1 y 12, lactó en promedio 22 meses. La leche entera de vaca se aprecia tanto como la leche humana, esta es valorada por sus efectos en el desarrollo y bienestar de los hijos, siendo más alegres y activos, más no reconocen sus beneficios económicos.

Consideran que genera alteraciones físicas en las madres y en la sexualidad de los varoncitos.

Conclusiones

Disminuyó en 7 meses el promedio de duración de la LM entre las dos generaciones de madres. El desarrollo motor precoz y las expresiones de sexualidad observadas en los hijos, durante el acto de amamantamiento, motivaron a algunas madres a suspenderla antes de los 2 años de edad, igualmente los cambios anatómicos que afectan psicológica y estéticamente a las madres. Los participantes no valoran económica ni socialmente la LM.

Palabras claves: Lactancia materna, Medio Rural, Abastecimiento de Alimentaria, Desarrollo infantil

Contributions to food security through breastfeeding in rural communities

Introduction

Since 2008, Colombia has approved the National Food and Nutrition Security Policy, which recommends breastfeeding for welfare benefits of the family and child, and preventing respiratory, digestive, neurological infections and their contributing nutritional characteristics-

Methods

Through focus groups, 25 people convened by schools of agroecology exchanged practices and knowledge about breastfeeding, the interviewees correspond to the current and previous generations who practiced breastfeeding.

Results

The youngest generation with parity between 1 and 5, had breastfeeding mean 14.9 months and grandmothers had parity between 1 and 12, lactated on average 22 months. All them were thinking Whole cow's milk is good as human milk. Breastfeeding was valued for its effects on the development and well-being of children, their children being more cheerful and active, but they do not recognize their economic benefits in breastfeeding vs cow's milk.

The mothers consider that breastfeeding generates physical alterations in the mothers and in the sexuality of the children

Conclusions

Breastfeeding decreased in seven months between the two generations. The early motor development and the expressions of sexuality observed in the children, during breastfeeding, motivated some mothers to suspend before the 2 years of age, also the anatomical changes perceiving for mothers was defined cause for interrupt breastfeeding.

Key words: Breastfeeding, Rural environment, Food Supply, Child development,

Introducción

La leche humana (LH) contribuye al bienestar del niño por sus efectos a nivel inmunológicos, dado en gran parte por la Inmunoglobulina A, que inhibe la adherencia y proliferación bacteriana en los epitelios, controla el ambiente microbiano de los sistemas digestivo y respiratorio y así previene infecciones respiratorias, neurológicas, digestivas, reduce el riesgo de enterocolitis en los prematuros, aumenta la velocidad de ganancia de peso y talla y favorece al desarrollo neurológico, sin embargo es poca la difusión de estos beneficios en la población, principalmente en la comunidades de ambientes rurales [1], [2], [3].

El aporte al bienestar y seguridad alimentaria de la LH, lo revela un estudio, que calcula un consumo promedio en los lactantes bolivianos (con menos de 24 meses de edad), de 437 ml de LH al día, lo que significa una fuente importante de agua, por representar esta el 87% de su volumen, lo que para los niños se convierte en la mejor, y a veces única fuente de agua potable a su alcance [4].

La OMS hacia el 2006, promulga la Declaración *De Innocenti*, como meta mundial para la salud y la nutrición óptima de la madre y del niño, la que prioriza la LM exclusiva hasta los seis meses de edad, complementaria hasta los dos años y el cumplimiento de la aplicación del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna [5].

Desde el 2008, Colombia aprueba la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional [6] como parte del Sistema de Protección Social, el Plan Decenal en Lactancia Materna 2010-2020 [8] y sustentado en diferentes estudios [9], define que la población disponga, acceda y consuma alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad y calidad, y como elemento importante de esta meta se define aumentar en 2 meses más, la duración media de la LM exclusiva registrada en 1.8 meses, según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional del año 2010 (ENSIN) [7], que además reporta el inicio de la LM en la primera hora post parto, solo en el 56.6% de los nacidos vivos, en contraste con el 53.6% de los niños de ambientes rurales, a pesar de ello, en estos niños la duración de lactancia es mayor que en los niños de la ciudad

El presente estudio realiza, a través de la técnica de grupos focales, la identificación de prácticas y conocimientos en LM en comunidades rurales, con la participación de líderes de las Escuelas Campesinas de Agroecología (ECA).

Materiales y métodos

Con enfoque histórico hermenéutico se realizó una investigación cualitativa, partiendo de las características culturales y conocimientos en LM de una comunidad campesina, donde funcionan ECA. Participaron 25 personas en su mayoría mujeres, convocadas por 4 líderes campesinas, definiendo una muestra no probabilística, ya que se seleccionó por conveniencia según criterios de autoridad [10].

Instrumentos de recolección de información

Se definieron a partir de dos categorías: conocimientos en LM y prácticas en LM, las preguntas abiertas para la guía de entrevista, ordenándose en cuatro grandes grupos de preguntas[11]: de apertura, introductorias, estructurales y de transición y cierre, dicho instrumento fue aplicado inicialmente en madres jóvenes para evaluar la comprensión de las preguntas, el orden de las mismas y el tiempo de duración de la entrevista, así como para el entrenamiento de las estudiantes en la moderación de los grupos focales en campo, y se hicieron modificaciones a la guía inicial de entrevista semi-estructurada, que se elaboró buscando que los campesinos compartieran sus saberes mediante un diálogo intra e inter cultural, en un ambiente de confianza y mutua comprensión a través de grupos focales.

Técnicas de recolección de información

Mediante la técnica de grupos focales se dirigió la recolección de información [12], [13], se convocó a los participantes en 4 sitios cercanos a sus viviendas, conformándose 4 grupos, con participación de 5 a 11 personas cada uno. El día del encuentro todos habían sido informados sobre el tiempo de duración que sería máximo de dos horas, sin embargo en el sitio donde más participación hubo, el encuentro duró tres horas. Antes de iniciar el diálogo se compartieron alimentos aportados por todos y se leyó y explicó el consentimiento informado que cada integrante firmó. Una de las estudiantes de enfermería dirigió la entrevista al grupo focal, otra grabó y una de ellas hizo la observación participante consignando la información en un diario de campo.

Al culminar los encuentros a cada participante, en forma privada, se le solicitó información de la paridad y duración de lactancia de sus hijos.

Entre dos estudiantes hacían la transcripción textual de la grabación al culminar cada encuentro.

La saturación de la información, se logró en cada encuentro con la implementación de las preguntas de control, además la entrevista al ser implementada en 4 grupos distintos de las veredas, permitió identificar las concordancias con los otros participantes, igualmente se profundizó la información que con los encuentros previos no se tenía claridad. Las entrevistas a profundidad se lograron en la medida que cada siguiente grupo de participantes aportó elementos nuevos a los investigadores para establecer los correlatos necesarios de vivencias (u objetos intencionales), según la fenomenología de Husserl [14], [16].

Consideraciones éticas

Buscando garantizar el principio de beneficencia, al término de cada grupo focal los investigadores hicieron observaciones y aclaraciones a prácticas de LM que fueran de riesgo para la población infantil, es así como se habló del riesgo de alimentar los niños con leche entera de vaca (LEV), como alternativa o complemento de la LM antes de los 2 años, y de los efectos del inicio de alimentos sólidos antes de los 6 meses. Se expusieron los beneficios de la LM para el desarrollo físico, intelectual y emocional del bebé y se hizo el ejercicio de cálculo de costos económicos que asumen las familias al sustituirla con sucedáneos de leche.

Análisis de información

Previamente y para garantizar el criterio de confirmabilidad se transcribieron textualmente en Word todos los relatos grabados, solo omitiendo los rodeos, sin cambiar palabras y expresiones utilizadas, agrupando las respuestas de manera que resolvieran la pregunta planteada[12], [15]. Para el análisis se utilizó el método de Giorgi[17], que consta de cuatro fases: en la primera fase se leyeron todas las entrevistas independientemente por cada investigador, la interpretación y análisis de información que cada uno hacía se socializaba, sustentaba y finalmente se escribía como parte del análisis que colectivamente se había acordado, para obtener la esencia de la experiencia vivida en LM, por parte de los campesinos participantes, cumpliendo con el criterio de credibilidad. En la segunda fase después de tener la esencia del fenómeno de las/los entrevistados, se leyó una vez más el texto, para identificar aspectos semejantes que tuviesen significado en las experiencias compartidas, luego de tener la comprensión de los relatos se realizó la socialización y se definieron los temas, que expresaran las vivencias y los significados comunes para así clasificar los diferentes dominios. En una tercera fase, con las palabras de los participantes, se expusieron los temas y se continuó explorando los significados comunes, para finalmente en la cuarta fase, integrar y sintetizar los significados transformados en una descripción estructurada de la experiencia vivida, denominados dominios.

Resultados

Factores protectores/no protectores

La mayoría de participantes refirieron que los niños alimentados al pecho son más sanos, huelen rico, se enferman menos, son más alegres, activos y crecen más, sin embargo se ponen más traviosos e inquietos. Algunas madres observan expresiones sexuales de los niños, como la erección del pene, como hechos incómodos para ellas, considerándolo como una respuesta voluntaria y mal intencionado. Respecto al valor económico, solo algunos consideraron que la LM genera ahorro para sus familias; concepto no expresado espontáneamente por ellos, reconociéndolo sólo cuando se les preguntó sobre los costos de alimentación del bebé.

Prácticas en lactancia materna que tienen las madres con su familia pareja y comunidad

El promedio de duración de la LM, disminuyó en 7 meses de una generación a otra, según lo referido por las abuelas y madres más jóvenes. Algunos grupos focales coincidieron con el uso de la LEV como reemplazo de la LM y la preferían en relación con los sucedáneos, al decir que (...no contiene químicos), ni conservantes.

La LEV, se aprecia tanto como la LH para algunos de ellos, aunque para la mayoría, esta tiene mayores aportes al bienestar de los niños.

Las participantes consideraban que la ingesta de líquido es la principal práctica inductora de producción de LM. Algunas madres han observado que su producción se estimula realizando masajes en los senos, similar a lo que hacen con la glándula mamaria de los mamíferos, antes del ordeño, lo que denominan 'quebrar la ubre'.

En cuanto a la suspensión de la LM, algunos participantes señalaron que las grietas en pezones y la mastitis eran impedimento para lactar a sus bebés y en todos refirieron que algunas mujeres la suspenden por temor a que los senos se caigan o descuelguen.

Discusión de resultados

Niño alimentado al pecho, niño más sano, más lindo, niño feliz y que huele a rico.

Según el PNLM, su inadecuada práctica, aumenta la morbimortalidad del lactante, sobre todo si la alimentación complementaria es inadecuada; altera el desarrollo neurológico del niño y a largo plazo su desempeño intelectual, laboral y sicosocial. Lactar adecuadamente, previene enfermedades alérgicas a diferencia de los sucedáneos de leche, que las incrementan [18]. En poblaciones campesinas, se reconoce la lactancia como una alimentación natural que fortalece la salud del niño y evita los riesgos de enfermedad [19].

La disminución de la mortalidad infantil, se debe a sus componentes tales como inmunoglobulina A, en menor proporción IgM, IgG1, IgD e IgE, lactobacillus bifidus y el factor de crecimiento epidérmico, que contribuyen a la maduración del tubo digestivo, así como a la presencia de factores contra protozoarios, bacterias y hongos; la presencia de este interferón que protege contra virus, fortalece el sistema inmune del niño. Se han documentado frecuencias más bajas de enfermedades en los hijos de madres que lactaron [1], [20], [21], [22], además el hecho de ser administrada sin mediación de procesos que la desnaturalicen, le confiere el carácter de alimento vivo, rico en factores humorales como celulares, considerándose así y especialmente al calostro auténticas vacunas.

Lactando cuido mi bebé y ahorro para mi familia

Los campesinos reconocen la lactancia como una práctica que ahorra dinero. La LM tiene beneficios económicos y ambientales para la familia porque no tiene que comprarse y en las instituciones de salud evita el gasto de recursos para atención de patologías infantiles.

Contrario a ello, la alimentación artificial genera efectos negativos sobre el medio ambiente con la producción, almacenamiento, transporte, evacuación de envases y otros desechos o residuos tóxicos utilizados para la elaboración del producto. Para algunas madres cabeza de familia que viven del subempleo, el ausentismo laboral de las primeras semanas después del parto, puede generar un aumento de gastos, sin embargo a largo plazo la comodidad y los beneficios de la LM, la estimulan para continuar con ella [23], [21] y la LM disminuye el ausentismo laboral de la madre porque no deben cuidar al hijo enfermo.

Efecto de lactancia materna en la madre y el hijo.

La LM representa ventajas para la salud de las madres tales como retorno más precoz del peso materno al de antes del embarazo [21], [25], involución más rápida del útero después del parto, con menor pérdida de sangre y anemia post parto. Se ha encontrado una relación inversa entre la lactancia y el riesgo de cáncer de mama [24], ya que se retarda el inicio del ciclo ovárico al aumentar la auto-eficacia, dado que se inhibe el eje hipotálamo-hipofisario, produciendo una disminución de los niveles de estrógeno a nivel mamario y de carcinógenos solubles en grasa, reduciendo también el riesgo de cáncer ovárico.

La LM ha sido considerada como un método anticonceptivo, por la liberación de prolactina y endorfina (estimulada por la succión del pezón), que interfieren con las hormonas necesarias para la ovulación, proceso que dura varios meses después del parto [26] [27].

La mayoría de las participantes reconocen que: (...los niños se ven muy saludables cuando toman leche materna...) (1:5), (...no les da gripa...) (2:5), (...estuvieron muy fuertes y alentados...) (4:2), (...los beneficia en que crecen más rápido...) (3:1).

Lo descrito por ellas concuerda con lo que se sabe hasta el

momento sobre el efecto que tiene la LM en la protección de niño y en los beneficios a la madre. Los lactantes alimentados al pecho dejan de comer cuando están saciados, de forma que en una toma comen mucho y en otra poco de acuerdo a sus necesidades, hecho que no sucede cuando reciben sucedáneos de leche, porque se les insiste para que tomen más, por eso los niños alimentados con sucedáneos de leche ganan más peso ya que pueden recibir más de lo que necesitan, llegando a tener sobrepeso u obesidad, a diferencia de los alimentados con leche de su madre, porque el centro regulador del apetito, situado en el hipotálamo, madura y se perfecciona mejor en estos, para ajustar el volumen alimenticio, beneficiándolos el resto de la vida [28].

Niño lactado... Niño travieso, niño inquieto que no hace caso.

En este estudio los participantes afirman que cuando él hijo se alimenta mucho tiempo... se pone más travieso e inquieto, y aunque es el desarrollo motor grueso o de habilidades corporales, la mejor expresión de su inteligencia para las familias [29], se consideran una dificultad para las madres, en la medida que el niño o niña haga o exprese más habilidades que las esperadas para la edad, o las realice precozmente, desempeño al que contribuye la LM, según lo que han observado.

Estos conceptos culturales desfavorables hacia la lactancia, la pérdida de tradiciones, creencias y valores sobre todos los beneficios de la LH para el bebé, se convierten en barreras, para el adecuado desarrollo, estimulación y valoración de los niños del campo. Unido a lo anterior, las prácticas y nuevos conceptos médico, llegados con la revolución industrial impiden la optimización del proceso de lactar [22].

Expresión sexual de los niños... como barrera para mirarlo, para alimentarlo.

La observación que las mamás hacen respecto de la respuesta refleja de erección del pene, durante la lactancia, es interpretada por algunas como una respuesta voluntaria y mal intencionada cuando afirman que ("... el niño es ardiente y grosero..."). La erección del pene en los niños en este rango de edad (0 - 2 años), es un acto reflejo que requiere de experiencia y aprendizaje para ser controlado en la vida adulta, como proceso de normal desarrollo de la sexualidad humana. Cuando se les cambia el pañal muchos niños tienen erecciones del pene y las niñas lubrican su vagina, lo que no tienen ninguna connotación sexual para ellos, pero en los preescolares puede generarles angustia. Diferentes autores explican estas respuestas sexuales ante la LM, como la etapa oral del desarrollo psicosexual del niño, que es la primera en la evolución de la personalidad del individuo y se da entre el primer y segundo año de vida, etapa en la que el niño o niña dirigen la libido hacia la boca y buscan la satisfacción gracias a la actividad de succión [30].

Esta teoría psicoanalítica del niño como ser deseante, no es compartida por las madres [29], el placer es prohibido en sus hijos e hijas, es reprimido y lo expone, lo condensa y lo pone en desventaja, ya que lleva a que algunas madres suspendan la LM y los estímulos que acompañan el proceso de lactar. Para las madres la sexualidad humana se debe expresar en la vida adulta. En las comunidades campesinas los temas de desarrollo sexual infantil son poco conocidos, o son vedados en la medida que por conceptos religiosos se asume al niño o niña como un ser que no puede sentir placer. Y aunque no fue objeto de este estudio, el abuso sexual en la infancia, es una realidad que para el caso de comunidades norteamericanas se reportó en 1 de cada 4 mujeres adultas, por lo que se considera importante explorar la relación entre experiencias sexuales de abuso sexual en la infancia de las madres y actitudes negativas frente a la lactancia [31].

Prácticas en lactancia materna que tienen las madres con su familia pareja y comunidad

Si me alcanza la leche... lo alimento

La producción de LM se da por el efecto hormonal de la prolactina desde la adenohipófisis y por la oxitocina en la hipófisis neurohipófisis, sucesos que se mantienen en el tiempo en la medida que permanezca la succión del bebé, ya que en la areola se encuentran los receptores que estimulan la secreción de ambas hormonas [32]. Alrededor del mes de vida del bebé, se llega a la producción exclusiva por demanda (lactopoyesis), así que si la mamá lacta todos los días al bebé, la leche siempre se va a producir, independiente de que sienta sus senos congestivos o no. Las madres jóvenes y primerizas muchas veces no lo saben, por ello la frase referidas por ellas dar LM "...hasta que se me seque", es una idea que pone en peligro su mantenimiento, esta observación la han documentado otros autores [33] y cuando hay sensación de senos vacíos a temprana edad, la denominan hipogalactia, sin embargo la verdadera hipogalactia no permite que un bebé sobreviva durante las primeras semanas o meses, es decir si logra el niño lactarse exclusivamente las primeras semanas, la posterior sensación de disminución de leche que observan la madres, se deberá a la adaptación de su producción a las necesidades individuales del niño, que se puede afectar, eso sí por stress materno, falta de apoyo social o por enfermedad materna, por ello lo que a continuación relatan es primordial de analizar.

Se me secó la leche... la vaca me ayuda y mi bebé se engorda.

La LEV tiene mayor cantidad de proteínas y densidad energética que la LH, representa una elevada carga renal de solutos y sodio generando deshidratación hipernatrémica en los niños [34], especialmente cuando tienen pérdidas de líquidos extra renales por fiebre o diarrea. [20], la mayoría de participantes opinó que la LEV enfermaba al niño, y no le permitía estar en iguales o mejores condiciones que los bebés alimentados al seno materno. Preocupa que para algunas de estas familias, la LH tiene igual valor nutricional que la LEV, por lo que algunas mujeres la recomiendan incluso para niños menores de 6 meses de edad, como complemento o reemplazo de la LH, porque además los niños se ven "gorditos y bonitos". Incluso no identifican diferencias entre LEV y sucedáneos de leche (SL). Un participante expresó que hay diferentes LEV, las producidas en grandes ganaderías ya que les ("...inyectan a los animales sustancias que enferman a los niños") y las LEV que producen las vacas cuidadas por ellos, ("...más libres y más sanas, más benéfica para los niños").

La literatura muestra como la LEV, tiene concentraciones de proteína y calcio entre dos y tres veces más elevada, que en los SL, proporciona menor cantidad de sulfato ferroso, llevando a mayor prevalencia de anemia ferropénica en los lactantes, dado también por la presencia de proteínas que se comportan como antígenos que pueden causar hemorragias microscópicas de la mucosa gastrointestinal. Su mayor cantidad de caseína con respecto a la lactoalbúmina (80/20), forma coágulos más grandes con la acidez del estómago, dificultando la acción de las enzimas digestivas, retardando así la evacuación gástrica de los niños.

El inicio antes del año de edad de LEV y de proteínas de origen animal antes de los 7 meses de edad, se relaciona con procesos alérgicos respiratorios como asma y lesiones de piel a temprana edad [35]. La LEV no contiene lipasa y por el contrario demasiadas grasas de difícil digestión, los recién nacidos alimentados con esta, presentan obstrucciones de la luz intestinal, alteración de la absorción de nutrientes en su tubo digestivo que aún es bastante inmaduro, es

así como las grasas de difícil digestión, crean una sensación de llenura que hace que el niño no pida comida tan rápidamente como lo hace un niño alimentado con LM, con repercusiones en su crecimiento y desarrollo neurológico.

Lo lacta hasta...

Por ser la LM, el alimento que garantiza el acceso a agua potable a los niños del campo y la única fuente de alimento para todo ser humano los 6 primeros meses de vida [36], [37], su práctica se rescató en este estudio como un bien natural alimentario aportado por las mujeres campesinas, además del valor económico que tiene [4], [37], [23] alimento que al lograr ser el principal complemento nutricional en menores de 2 años, aporta también a la seguridad alimentaria, con un promedio de duración mayor, al que se reporta a nivel nacional y para los niños de la ciudad [38]. La mayoría de los participantes consideraron que se lacta hasta que disminuya la producción, por tanteo o palpación que se hacen de sus senos.

Opinan que la LM se debe mantener hasta 48 meses y cuando se suministra durante menos tiempo, se debe a patologías maternas como mastitis o mal de tierra, incluso han escuchado a algunas madres jóvenes que decían no lactar, por temor a ("...que se les cayeran los senos"). Desde la literatura médica y en particular el PDLM señalan que debe darse LM exclusiva hasta los seis meses y extendida hasta los dos años [32],[5].

En este estudio las experiencias en LM, compartidas por 25 mujeres con edades entre 24 y 79 años, mostraron diferencias en el tiempo de duración de esta práctica, donde las segundas generaciones de mujeres, que habían tenido entre 1 y 5 hijos, alimentaron durante un promedio de 14.9 meses a sus hijos, en contraste las primeras generación (abuelas), con paridad entre 1 y 12 hijos, refirieron un promedio de LM de 22 meses. Aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, posiblemente por el tamaño de la población participante, llamó la atención que las mujeres más jóvenes o segundas generaciones, refirieron más frecuentemente haber alimentado alrededor de solo 1 mes a sus hijos.

Cuido mi leche aunque tenga dificultades

En las distintas veredas se encontró que la ingesta de líquido por parte de la madre, es el principal estímulo para la producción de leche materna, dentro de los cuales, los más mencionados fueron agua panela con leche, bebida de malta con leche, todo tipo de sopas, agua de cáscara de plátano maduro, agua de arroz tostado, claro de maíz con leche, agua de hinojo entre otras. Los participantes atribuyen a ellos una función inductora de la producción de LM (galactogogo) [39], sin embargo la evidencia es que la succión es lo que estimula la producción, y esta puede hacer que la mamá tenga más necesidad de consumo de líquidos para reemplazar los que salen con la LM, de esta manera se produce leche suficiente, porque cuanto más succione el bebé, más leche se producirá. Alrededor de cada alvéolo de la glándula mamaria existe, una capa de células mioepiteliales, que al contraerse, rompen las membranas de la célula secretoras y extraen la leche rica en grasas y proteínas, para que se mezcle con las que permanentemente se produce por diálisis y que es menos concentrada, dicha contracción se da gracias a un reflejo neurohormonal que se inicia en los neuro receptores propioceptivos, situados en el pezón y la areola, que al ser estimulados por la succión del niño, llevan sus impulsos al sistema nervioso central. Entre el primer y tercer minuto de iniciada la succión, el hipotálamo estimula también a la neurohipófisis posterior para secretar oxitocina, quien determina la concentración de tejido mioepitelial perialveolar y fomenta la eyección de la leche, proceso conocido como let-down réflex o de "bajada de leche". Respecto a las recomendaciones sobre la frecuencia de alimentación no existe

sustento científico para que sea entre 8 y 12 veces al día [22], sin embargo si la madre comienza a complementar la alimentación del bebe con sucedáneos de leche, la succión será menor y producirá menos LM, por ello es importante la campaña que UNICEF/OMS ha hecho desde la década del 90 para contrarrestar la gran publicidad que hay a favor de los sucedáneos.

Es posible que se interrumpa el amamantamiento por causas naturales o por dificultades en la salud de la madre que aunque fueron poco referidas por ellas es importante tener en cuenta., ya que algunas mujeres expresaron("... no tenemos la facilidad para sostener alimento a largo tiempo para nuestros hijos"), otras han observado que ("...hay madres que no les dan seno porque son mujeres que no tienen la capacidad de amamantar porque no les baja el alimento...") (2:3), ("...Cuando uno está en embarazo y alimentando al niño, no puede acercarse ni al fogón de leña que porque va secándose la leche...") (3:5), todo lo anterior se interpreta como que algunas madres desconocen la fisiología de la LM, la que desde el inicio del embarazo, se da por el crecimiento de la glándula mamaria, el aumento de las estructuras productoras de leche, conductos y alvéolos, por influencia de varias hormonas como estrógenos, progesterona, cortico esteroides y lactógenos del hipotálamo y la placenta. [28].

Algunas madres han observado que la producción de LM, se estimula realizando masajes en los senos, similar a lo que hacen con la glándula de las vacas, antes del ordeño, lo que en ganadería denominan 'quebrar la ubre'.

Complemento de leche materna con otros alimentos benéficos.

Es muy común escuchar en las mujeres mayores que es importante empezar a darle a los niños con menos de 6 meses de edad, alimentos diferentes como colada de avena, chocolate con arepa o pan (migote), chicharrón, carne grasosa, tinta de frijol y mazamorra, ("...para afinar (fortalecer) el estómago", además recomiendan el huevo, plátano, guineo por su contenido nutricional. Los polisacáridos que contienen los alimentos de origen vegetal de esta lista, se obtienen por calentamiento o acción de las enzimas digestivas y se absorben fácilmente gracias a las enzimas glucoamilasas o dextrinasas limitantes, que se encuentran en la base de la vellosidad intestinal, lo que permite que no sean afectadas por una diarrea aguda ni por el ayuno, asegurando el aporte de nutrientes a los niños en casos de diarrea [3, 9, 20].

Lactar me cambia, me acaba, me enferma...no me hace ver linda.

Algunos participantes señalan que las grietas en los pezones y la mastitis, hacen que algunas mamás no lacten a sus bebés y en todos los grupos focales (GF), refirieron que algunas mujeres la suspendieron por temor a que los senos se descolgaran. Esto mismo se halló en un estudio institucional de mujeres de zona urbana en Pereira [40], en el cual, no percibir beneficios para ellas con la LM, aumentó el riesgo de suspensión temprana (OR 2 IC 1.1- 3.8), así que lo observado y referido en estos GF puede estar expresando la persistencia de esta condición en la población rural, ya que la enfermedad, el dolor o los cambios estéticos desfavorables son razones referidas para suspender la lactancia.

Los anteriores estudios también refieren que no hubo diferencias respecto a la duración de la lactancia y la escolaridad materna, estado civil, número de hijos. Ningún grupo hizo alusión a los cambios de peso materno que se observan con la lactancia, lo que puede ser un beneficio para algunas madres ya que usualmente lactar permite recuperar el peso ganado con el embarazo, sin embargo si la madre se alimentan inadecuadamente, pierde más peso de lo esperado,

condición que genera presiones por parte de la familia para suspender la LM, según el estudio de Muñoz y col, en el que el apoyo familiar, contribuye a su duración [33], [40],

Algunos estudios arrojaron que la cirugía estética con implante de silicona o cirugía reductora, genera disminución de la producción de leche, pero es posible amamantar después de una reducción de mama, todo depende de la técnica quirúrgica que se use; para el aumento de mama se utiliza la técnica quirúrgica de pezón libre, la cual, hace que se altere la irrigación, afectando la anatomía y funcionamiento del pezón, mientras que con la técnica quirúrgica de pedículo es totalmente posible el amamantamiento, aunque en muchos casos se ve la suspensión de la lactancia [41-42].

Agradecimientos: Este proyecto fue cofinanciado por las Escuelas Campesinas Agroecológicas de Risaralda, la Asociación de Comunidades Rurales Unidas de Dosquebradas (ASCRUD), el Centro Educativo en Bachillerato en Bienestar Rural (CEBBR), las instituciones de educación superior: UCP, UTP, AREANDINA y COLCIENCIAS a través de la convocatoria Diálogo de saberes 571 del 2012, código del proyecto 1418 571 35550, contrato 524-2012.

Referencias Bibliográficas

1. Macias-Carrillo, C. e. a. (2005). Lactancia materna y diarrea aguda en los primeros tres meses de vida. . Salud pública Méx [online] vol.47, n.1, pp. 49-57.
2. Posada, A., Gómez, J., & Ramirez, H. (2004). Alimentación natural. In Panamericana. (Ed.), El niño sano. Bogotá: 3ª edición.
3. Ross, J. S., & Harvey, P. W. J. (2003). Contribution of breastfeeding to vitamin A nutrition of infants: a simulation model Vol. vol.81, n.2, pp. 80-86. ISSN 0042-9686. Bull World Health Organ [online]
4. Aguayo, V., Ross, J., Saunero, R., Tórrez, A., & Johnston, R. (2001). Valor monetario de la LM en Bolivia Rev Panam Salud Publica, 10(4), 249-56.
5. OMS. (2006). Declaración de Innocenti. Florencia Italia. https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_sp_p.pdf
6. CONPES 113, Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2008).
7. Profamilia. (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud: ENDS-2010. Bogotá Colombia.
8. República de Colombia (2010). PDLM 2010-2020 ENDS, Capítulo 11.
9. BERNAL ARIAS, Mariela, et al. 2014 Acciones de promoción y fortalecimiento de la lactancia materna. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Colombia.
10. Silva-Aycaguer, L. C. (1993). Muestreo Para La Investigacion En Ciencias De La Salud. España. Editorial Diaz de Santos.
11. Truissi, M., Acosta, M. C., Castillo, E., & Infante, N. (1993). Investigación en enfermería Cali - Colombia: Facultad de salud. Departamento de Enfermería.
12. Polit, D., & Hungler, B. (2000). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México.
13. Delgado, F., & Ricaldi, D. (2012). Desarrollo endógeno y transdisciplinarianidad en la educación superior. Cambios para el diálogo intercientífico entre el conocimiento eurocéntrico y el conocimiento endógeno.
14. Figueroa C, Gustavo. (2008). La psicología fenomenológica de Husserl y la psicopatología. Revista chilena de neuropsiquiatría, 46(3), 224-237. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272008000300008&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-92272008000300008.

15. Serrano, G (1988), Investigación cualitativa. Técnica y análisis de datos. Madrid España. Editorial la Muralla.
16. Koch, T. (2008). Interpretive approaches in nursing research: the influence of Husserl and Heidegger. *J Adv Nurs*; 21:827-836.
17. Giorgi, A. (1989). Some theoretical and practical issues regarding the psychological phenomenological method S. Review (Ed.).
18. Pardo-Martínez, G., & all. (1996). Lactancia Materna: guía de manejo. Santa Fé de Bogotá: Secretaría Distrital de Salud.
19. OMS. (2000). Colaboración Equipo de Estudio sobre el papel de la lactancia materna en la prevención de la mortalidad infantil.
20. Neville, M., & Hay, W. J. (1991). Neonatal nutrition and metabolism. Secretion and composition of human milk. Neonatal nutrition and metabolism. St. Louis: Mosby, 260-279.
21. León-Cava, N. (2002). Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. (OPS Ed.). Washington D.C.
22. Mohrbacher, N., & Kendall-Tackett, K. (2010). Breastfeeding made simple: Seven natural laws for nursing mothers. N. H. Publications. (Ed.)
23. Giron-Vargas, S. L., Mateus-Solarte, J. C. y., & Cabrera-Arana, G. A. (2009). Costos Familiares de Mantener y Abandonar la Lactancia Exclusiva en el Primer Mes Posparto. *Rev. salud pública* [online]. 2009, vol.11, n.3, pp. 395-405. ISSN 0124-0064.
24. Rojas Camayo, J. (2008). Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú. Paper presented at the Anales de la Facultad de Medicina.
25. Health, U. D. o., & Services, H. (2000). Office on Women's Health. HHS Blueprint for Action on Breastfeeding. 2000. Washington DC.
26. González Labrador, I., & Miyar Pieiga, E. (2001). Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4), 367-378.
27. Campino, C., Torres, C., Rioseco, A., Poblete, A., Pugin, E., Valdés, V. Serón - Ferré, M. (2001). Plasma prolactin/oestradiol ratio at 38 weeks gestation predicts the duration of lactational amenorrhoea. *Human Reproduction*. 16(12), 2540-2545.
28. Casado-Flores, J. (2011). MANUAL DE PEDIATRÍA Guía de salud infantil para padres, Gran libro de pediatría. España.
29. Muñoz-Sánchez, L. (2000). La familia, los niños el barrio como fuente de estímulos y potencialidades que empezamos a descubrir (Maestría en educación y desarrollo comunitario investigación Aprobada), Universidad Sur Colombiana, Neiva (Colombia). (1)
30. Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1994). La sexualidad en la niñez y la adolescencia. In E. G. S. Colombia (Ed.), *La Sexualidad Humana*.
31. Serriane, N. E. (2015). Paige Hall Smith, Bernice L. Hausman, and Miriam Labbok, Eds. 2012. *Beyond Health, Beyond Choice: Breastfeeding Constraints and Realities*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press. Paper. ISBN: 978-0-8135-5304-7. *World Medical & Health Policy*, 7(3), 303-305.
32. OMS. (2003). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.
33. Pino, J. L., López, M. Á., Medel, A. P., & Ortega, A. (2013). Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Revista chilena de nutrición*, 40(1), 48-54.
34. Gonzales, I. Lactancia Materna. *Rev Cubana de Enfermería*. Enero-Abril 2002, vol. 18, N° 1, pág. 15-22. ISSN 0864-0319.
35. Díaz-Argüelles Ramírez-Corría, V. M. (2005). La alimentación inadecuada del lactante sano y sus consecuencias. *Revista Cubana de Pediatría*, 77(1).
36. Pickering, L. K., Morrow, A. L., Ruiz-Palacio, G. M., & Schanler, R. J. (2004). PROTECTING INFANTS THROUGH HUMAN MILK Advancing the Scientific Evidence i. M. C. *Proceedings of the 11th International Conference of the International Society for Research in Human Milk and Lactation (ISRHML) held October 2002 Mexico* (Ed.).
37. OPS. (2012). Programa De Atención Integral En Enfermedades Prevalentes De La Infancia. capítulo 11 Aconsejar a la madre o acompañante.
38. Profamilia, ICBF, USAID, MINISTERIO-PROTECCIÓN-SOCIAL, & UNFPA. (2006). *Salud Sexual y Reproductiva Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005*.
39. Machado de Ponte, L., Noguera Brizuela, D., Pierre Álvarez, R., Vásquez Fernández, M., & Zurita Rodríguez, E. (2010). Alimentación del paciente con diarrea aguda. *ArchVenezPuerPed* [revista en la Internet].
40. Muñoz-Sánchez, L. P., Martínez, J. W., Quintero, A. R., Lasso, G. I., & Medina, G. A. (2005). Características asociadas a las prácticas de lactancia en madres asistentes a tres Instituciones de salud de Pereira 2004 *Revista Investigaciones Andina*, 7(11), 17-27.
41. West-Gaithersburg, D. (2002). Lactancia después de una cirugía de reducción de pecho. <http://www.llli.org/lang/espanol/lvaugsep102g.html>. *LEAVEN*, Vol. 38 número 4.
42. Mosquera-Heredia M. I., Mosquera-Heredia M. J., De Armas-Daza L. M., Brito-Redondo Y. Estado nutricional y hábitos alimenticios en niños de un colegio público de Valledupar. *Revista Médica de Risaralda* 22(1): 44-48.