

# DIÁLOGOS SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL MENOR DE DOS AÑOS: ESTUDIO DE CASO CON POBLACIÓN INDÍGENA Y PERSONAL DE SALUD EN LETICIA, AMAZONAS, COLOMBIA

Marcia Paola Chapetón Castro

*Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia*

## RESUMEN

Una de las causas para que las intervenciones preventivas frente a la desnutrición sean de escasa efectividad es que a los profesionales de la salud les falta conocimiento de la cultura alimentaria de la población. Justamente el objetivo de este artículo es presentar los discursos y las prácticas asociadas con la alimentación de indígenas menores de dos años en Leticia, Amazonas (Colombia). Los hallazgos de esta investigación muestran que las prácticas alimentarias de los cuidadores de los niños menores de dos años difieren de lo recomendado por los profesionales de la salud, principalmente en los siguientes puntos: a) no se tiene en cuenta la edad del niño para la introducción de alimentos, sino la etapa de desarrollo en que se encuentran; b) dicha introducción se realiza de acuerdo con la disponibilidad económica familiar y de alimentos en la región y no según lo estipulado en las guías alimentarias colombianas; c) el pescado es de los primeros alimentos que se incorporan, contrario a las recomendaciones oficiales; y d) las carnes rojas son consumidas, generalmente, cuatro a ocho meses más tarde de lo sugerido. Todos estos factores, desconocidos por los profesionales de la salud, contribuyen a disminuir la efectividad de las intervenciones de prevención y favorecen la morbilidad por desnutrición en este grupo de edad.

**PALABRAS CLAVE:** Amazonia colombiana, indígenas migrantes, alimentación infantil, lactancia materna, alimentación complementaria, servicios de salud.

## ABSTRACT

Preventive interventions against malnutrition often show low levels of effectiveness. One of the reasons for this is the lack of knowledge about the alimentary culture of

target populations among health workers. The goal of this article is to present an analysis of the discourse and practice associated with the nutrition of indigenous children below two years of age in Leticia, a township in Colombian Amazonia. The findings of this research show that the alimentary practices of caretakers of these children differ from the practices recommended by health workers, specially on the following points: a) for the introduction of foodstuffs, attention is paid only to the development stage of a child, while the child's age is not taken into account; b) the introduction of foodstuffs depends on the availability of money and regional foodstuffs, which does not correspond to predetermined Colombian alimentary guides; c) fish is one of the first foodstuffs to be introduced, contrary to recommendations of health workers; and d) red meats are generally introduced four to eight months later than recommended by health workers. All these factors, unknown by health workers, contribute to a low level of effectiveness of preventive interventions and favor morbimortality in this age group.

**KEYWORDS:** Colombian Amazonia, indigenous migrants, infant nutrition, breast feeding, complementary feeding, health services.

## INTRODUCCIÓN

Una de las principales causas para que las intervenciones preventivas frente a la desnutrición sean de limitada efectividad es la falta de conocimiento de la cultura alimentaria de la población por parte del personal encargado del servicio de salud, situación que se hace más compleja en un área como la triple frontera amazónica Colombia-Brasil-Perú, donde conviven habitantes de diversas etnias y nacionalidades. En este artículo se presentan los avances de investigación en relación con los discursos y las prácticas de los cuidadores indígenas y de los profesionales de la salud asociadas con la alimentación de indígenas menores de dos años en Leticia, Amazonas, Colombia.

La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo. El periodo entre el nacimiento y los dos años de edad es una "ventana de tiempo crítica" para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimo (Dewey 2003). En esta etapa, los patrones inadecuados de alimentación, tales como la introducción temprana de alimentos diluidos y semilíquidos (aguas, caldos, sopas), la frecuencia y cantidad insuficientes para la edad y el escaso consumo de alimentos de origen animal, influyen en el deterioro del estado nutricional. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Or-

ganización Panamericana de la Salud (OPS), al igual que la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (DNP 2008) y el Plan Decenal para la Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008 recomiendan la leche materna como único alimento durante los primeros seis meses de vida, dadas las ventajas inmunológicas y nutricionales para el niño, ventajas biológicas posparto para la madre y psicológicas y sociales para todo el grupo familiar. Por otro lado, la alimentación complementaria es definida por la OMS como “el proceso que se inicia cuando la leche materna ya no es suficiente para llenar los requerimientos nutricionales de niños y niñas y por consiguiente se requiere de otros líquidos y alimentos nutritivos”. La lactancia y un esquema de alimentación complementaria adecuado favorecen el crecimiento y desarrollo de los niños (Profamilia 2005a: 185).

La introducción de alimentos complementarios antes de los seis meses de edad provoca la disminución de la producción de la leche materna, además de generar alergias hacia la leche de vaca, huevo, cítricos, pescado o trigo por el paso de sustancias potencialmente antigénicas a la sangre, manifestándose como problemas respiratorios, diarreas y salpullidos (Ministerio de Salud *et al.* 1999). Adicionalmente, hay sobrecargas intestinales y renales que deterioran los órganos con el paso del tiempo. Por otro lado, si luego de los seis meses no hay introducción de alimentos complementarios a la leche materna, el menor puede presentar desnutrición porque no se cubren las necesidades de calorías y nutrientes. Además el niño o la niña no aprenden a masticar, a degustar y no hay desarrollo maxilofacial adecuado (Ministerio de Salud *et al.* 1999).

Estudios realizados en diferentes países (Agampodi *et al.* 2007; Alvarado *et al.* 2005; Burgos *et al.* 2004; Khassawneh *et al.* 2006; McLachlan *et al.* 2006; Quintero *et al.* 2006), incluido Colombia (Profamilia 2005a), han demostrado que la práctica de la lactancia materna difiere de las recomendaciones de la OMS. Es así que aunque la leche materna es reconocida como un alimento que contribuye a la buena salud del niño, que disminuye la presentación de enfermedades como la diarrea y que hace más fácil y económica la alimentación, comparada con otro tipo de leche, las madres consideran que ofrecerla de manera exclusiva es suficiente hasta los tres o cuatro meses de edad, introduciendo fórmulas lácteas infantiles y otros líquidos de baja densidad calórica que no contribuyen a la buena nutrición de los niños. Las razones más frecuentemente mencionadas para incluir otros alimentos se relacionan con la disminución de la producción

de leche, un nuevo embarazo y la necesidad de regresar a trabajar. En Colombia, el promedio de la duración total de la lactancia materna es de 14.9 meses y de lactancia materna exclusiva, 2.2 meses. En el departamento de Amazonas la duración promedio de la lactancia materna total es de 14.3 meses y la lactancia materna exclusiva se practica hasta los 2.9 meses de edad (Profamilia 2005b). Estas cifras muestran que en la región, al igual que en el resto del país, aún se dista de las recomendaciones nacionales e internacionales. Además, como ya se mencionó, en la *Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia* (Profamilia 2005b) se señala que en Colombia la alimentación complementaria se inicia con líquidos a partir de los tres meses de edad; la introducción de alimentos semisólidos a los cinco y de sólidos a los siete, prácticas diferentes a las recomendadas por las instancias nacionales e internacionales.

En este contexto, los pueblos indígenas del Amazonas presentan posiciones distintas en torno a la lactancia y a la introducción de los alimentos sólidos. Por un lado, se encuentran casos como los macuna del bajo Apaporis, para quienes la lactancia materna es parte fundamental de la crianza de los niños e inician su complemento progresivamente desde los cinco o seis meses de edad (Mahecha 2004). Chapetón *et al.* (2005), en su estudio efectuado en el municipio de Leticia, determinaron la canasta usual de alimentos y concluyeron que estas familias tienen un bajo consumo de alimentos fuente de micronutrientes, como la vitamina A, hierro y calcio, los cuales son vitales para el crecimiento y desarrollo durante los dos primeros años de vida; no obstante, dado que no era objetivo de dicho estudio, no se indagó sobre el consumo intrafamiliar de alimentos, por lo que no se tienen datos específicos para el grupo de edad objeto de la presente investigación. Por otro lado, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar investigó sobre la alimentación de niños beneficiarios del programa Fami (Familias, mujer e infancia); aquí observó que un factor que condiciona la alimentación del menor de dos años se refiere a las creencias de sus cuidadores. Se concluyó que a pesar de que son madres beneficiarias de un programa del Estado, que se funda en la educación alimentaria y nutricional, los beneficiarios carecen, desde la perspectiva de los lineamientos institucionales, de conocimientos básicos y claros sobre la progresión de la introducción de alimentos, continuación de la lactancia materna, preparaciones y densidad nutricional (Pava 2007). De esta manera, hay características particulares en cuanto a la alimentación

de los niños en el departamento de Amazonas que deben seguir siendo exploradas para tener un panorama más amplio y realizar las actividades de promoción y prevención.

Bajo este contexto y para efectos del presente artículo he dividido la temática en tres subtemas que pretenden mostrar las percepciones que las familias indígenas y los profesionales de la salud de Leticia tienen con respecto a la alimentación del niño menor de dos años, aspectos de gran importancia para las actividades dirigidas a la prevención de la desnutrición en este grupo de edad. De esta manera se presenta lo relacionado con la alimentación y cuidados de la madre durante la gestación, la lactancia materna y la alimentación complementaria.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio es de tipo descriptivo cualitativo y se desarrolla bajo las orientaciones del método etnográfico. Vale la pena mencionar que este método busca generar información cualitativa que se caracteriza por la profundización en casos específicos de la población objetivo más que por la representatividad (estadística) de la población. Como técnicas de recolección de datos se encuentran los grupos focales (cuatro en total) con abuelas y madres de los niños, tanto en la zona rural como en la urbana. La observación participante se realizó durante los cuatro meses de trabajo de campo con la población indígena, además de manera profunda se acompañó durante dos semanas a las cuatro familias en estudio (dos de zona urbana y dos de zona rural), que fueron escogidas porque la edad de alguno de sus integrantes era menor o igual a dos años. Con los profesionales de la salud se ha venido realizando una observación de prácticas durante los últimos cuatro años de desempeño como nutrióloga en el departamento, y en este estudio se profundizó la información por medio de entrevistas a seis participantes. Adicional a esto, se usaron entrevistas en profundidad para cuidadores (entendidos como las personas encargadas del cuidado del niño en la unidad doméstica), padres, madres de familia y abuelas. Las entrevistas se estructuraron para obtener información sobre las características de la alimentación de la madre gestante y el recién nacido, las percepciones sobre la práctica de la lactancia materna y el proceso de introducción de alimentos complementarios, este último haciendo

referencia a la edad de inicio de la ingesta de alimentos, los preferidos para la ablactación y los restringidos durante los dos primeros años.

Se trabajó con los habitantes del municipio de Leticia, ubicado al sur de Colombia, en la frontera con Brasil y Perú (figura 1). Los sujetos de estudio son, por un lado, los profesionales de la salud (médicos, enfermeras y nutriólogas) que trabajan con indígenas y que están a cargo de las actividades de promoción y prevención en el departamento y, por otro lado, cuidadores de niños menores de dos años, pertenecientes a familias indígenas que han migrado desde el corregimiento de La Chorrera al municipio de Leticia y se han ubicado algunos en zona rural (comunidad Kilómetro 7) y otros en diferentes barrios del municipio. Esta población se seleccionó con el fin de realizar un análisis comparativo según el sitio de residencia en relación con la alimentación de los niños y sus familias, además de tener una aproximación a los cambios producto de su migración.

Las familias de los barrios de Leticia comenzaron a llegar durante los últimos 10 años (el promedio de estancia en Leticia es de cuatro años y cuatro meses) por diversas razones, como la búsqueda de oportunidades laborales que mejoraran sus ingresos económicos, la continuación de los estudios y, en uno de los casos, por el conflicto armado. Aunque sólo uno o dos integrantes de la familia se benefician directamente con el cambio de residencia, generalmente la familia completa viaja a este municipio, ya sea en el mismo momento o con un espacio temporal definido por el acceso al medio de transporte.<sup>1</sup> El total de familias que han migrado desde el corregimiento y viven actualmente en sus barrios asciende a 28; sin embargo, sólo se incluyeron en el censo 15, pues de las demás no se logró obtener información exacta sobre su lugar de residencia o no tenían hijos pequeños.

Las familias de la comunidad rural de Kilómetro 7 procedentes de La Chorrera llegaron a Leticia a principios de los ochenta por medio de una invitación para vincularse con el negocio de la coca que en ese momento estaba en plena bonanza. Así, se ubicaron y se les asignaron terrenos para

<sup>1</sup> Para llegar desde la Chorrera a Leticia hay dos opciones: por un lado, existe el servicio de transporte aéreo, una vez a la semana, para 30 pasajeros, con un costo de alrededor de 150 USD (300 000 pesos colombianos). El viaje tiene una duración de una hora y media, que puede variar de acuerdo con las condiciones climáticas. La otra opción es vía fluvial por el río Igaraparaná, luego el río Putumayo, para finalmente llegar al río Amazonas que conduce a Leticia. Tiene un costo variable de acuerdo con el bote que tenga disponible la familia, pues no hay servicio comercial para esta ruta. La duración del recorrido es de dos o cuatro semanas.



*Figura 1.* Ubicación geográfica de Leticia en el Amazonas colombiano.

su vivienda y su chagra.<sup>2</sup> Además de ellas, actualmente están las familias de sus descendientes y algunos que migraron más recientemente, lo que hace un total de diez familias incluidas en el estudio.

La etnia predominante en el grupo de estudio es la uitoto; sin embargo, hay quienes aunque tienen madre uitoto, son de padres bora, por lo tanto se reconocen como boras. Dado que en el estudio no se pretende hacer una comparación por etnias, los resultados son de la población que migró del corregimiento de La Chorrera y que ahora vive en Leticia, independientemente de su grupo étnico.

<sup>2</sup> La chagra es la denominación que se da, en la Amazonia colombiana, al espacio donde los indígenas realizan actividades de agricultura.

## RESULTADOS

Se presentan las percepciones de la población en relación con la alimentación del menor de dos años, abordando tres temas de interés: los alimentos antes de la gestación, la lactancia materna y la alimentación complementaria, haciendo un paralelo entre la percepción del personal de salud y los cuidadores indígenas.

### **Alimentación y cuidados de la madre durante la gestación**

Aunque la leche materna es el primer alimento ofrecido a los recién nacidos, no se puede pasar por alto la importancia que para el grupo de estudio tiene la alimentación de los niños antes del nacimiento. Durante la gestación la madre debe tener unos cuidados especiales, de forma particular en lo relacionado con el consumo de alimentos, puesto que lo que ella consuma se va a traducir en el estado de salud, crecimiento y desarrollo del bebé, tanto a nivel intrauterino como luego del nacimiento. A pesar de que para los profesionales de la salud la gestación es una etapa en la cual la madre se alimenta y a partir de los nutrimentos consumidos ocurre un proceso de nutrición fetal que permite su adecuado crecimiento y desarrollo, para la población indígena la alimentación materna durante esta etapa tiene una connotación un poco diferente, pues no sólo toman en cuenta las características nutricionales de los alimentos, sino también resaltan de manera especial los aspectos físicos por los cuales son reconocidos.

José tiene 26 años, hace tres meses que llegó a Leticia procedente de La Chorrera para buscar trabajo, pues allí no lograba conseguir un ingreso económico estable. Actualmente vive con su hermana y su sobrino en una habitación arrendada, ubicada en el puerto fluvial de Leticia (zona urbana). Durante una entrevista, José me contaba lo que sus padres le enseñaban sobre la alimentación de los niños y, según refiere, lo tiene muy presente en la crianza de sus tres hijos:

Pero ahora de lo que uno más se preocupa es de los hijos, de alimentarlos, de guiarlos, de enseñarles, así como mi papá me enseñaba. Mi papá decía: "A los hijos se les debe alimentar bien desde que se empiezan a formar, no desde que nacen sino desde que están formándose. La mamá debe alimentarse muy bien y el papá también debe hacer algunas cosas para que el niño salga bien, sin enfermedades.



Ya cuando el niño nace y si toma la leche materna, pues hay que alimentar bien a la mamá porque de lo que la mamá come el hijo también va a comer”.

De acuerdo con estos pobladores, los alimentos transmiten sus características a quienes los consumen, pues las incorporan y luego ostentan la misma característica del alimento. Es así como, por ejemplo, el dale dale (*Calathea allouia*) se recomienda a las madres durante la gestación, dado que esta planta tiene mucha fuerza, la cual es transmitida a la consumidora y a su hijo. Además de la fuerza que se le atribuye, también se le identifica como potencializadora intelectual del niño que se está formando. Don Fernando es un abuelo uitoto de 56 años que llegó de La Chorrera, hace tres años junto con su esposa, para acompañar a uno de sus hijos que fue a Leticia a terminar sus estudios de bachillerato; durante este tiempo ha conseguido algunos trabajos con la gobernación del departamento de Amazonas, que le han permitido sostener a su familia. En una entrevista don Fernando me contaba la importancia del dale dale (*Calathea allouia*):

Cuando la señora ya está en embarazo y la abuela está diciendo que no hay que comer cosas así como mantecosas, no hay que comer cosas picantes, no hay que comer cosa que es rasquiñosa. Sólo hay que comer así como daledale [tubérculo amazónico]. Y la madre hay que alimentar de mata de yuca dulce, mezclada con almidón, es que es el alimento propio nuestro, que esté curadito, para que el niño no salga con ningún defecto. Para que el niño salga como avisgado, para que el niño nazca sano y para que el niño salga intelectual de una vez desde el vientre.

Otro alimento que no puede faltar durante la gestación es la yuca dulce<sup>3</sup> (*Manihot esculenta*), la cual, además de formar parte de los alimentos básicos de la dieta, es reconocida como un alimento “suave”, que así como ayuda a la formación del niño e impide trastornos en su desarrollo, le confiere características como tranquilidad, humildad y buen ánimo, que le van a permitir una fácil incorporación a la sociedad.

<sup>3</sup> Para los uitoto la yuca dulce es una variedad caracterizada por su alto contenido de agua, que en lengua indígena se denomina *fareka*. Anteriormente, esta yuca se rayaba y exprimía para obtener una bebida que era la primera que se tomaba en las mañanas, según las abuelas entrevistadas era “el café de los abuelos uitoto”. Sin embargo, en la zona rural de Leticia, los abuelos refirieron que ya no usan ni siembran la *fareka* porque ya cuentan con azúcar para endulzar y preparar otras bebidas. Actualmente llaman yuca dulce a la yuca “de cocinar”, pues así se conoce en el municipio para diferenciarla de la yuca amarga. Así pues, la yuca dulce a la que se hace referencia en el texto es la yuca blanca (*Manihot esculenta*) o, como dicen los uitoto y los bora, “la yuca de cocinar”.

En relación con los alimentos no recomendados en esta etapa, los abuelos enfatizan en que los muy grasosos, principalmente de origen animal, el ají (plantas del género *Capsicum*) o cualquier preparación picante pueden generar abortos. Asimismo, el consumo de suplementos vitamínicos produce un mayor crecimiento del feto, lo que dificulta el parto. En este sentido, las abuelas han notado que durante la gestación, las jóvenes ya no tienen en cuenta estas recomendaciones y por esto sufren en el embarazo y el parto. En una conversación con los abuelos Ernestina y Ángel, me contaban sus experiencias vividas durante la gestación y parto de algunos de sus hijos, y hacían referencia sobre el consumo de los suplementos de vitaminas ofrecidos por la enfermera en el control prenatal. Narraban que sobre todo las mujeres se cuidaban durante el embarazo para que el bebé no fuera tan grande porque eso las iba a hacer sufrir mucho durante el parto. Me contaban que doña Ernestina tuvo ella sola a los hijos, se iba al monte con una toalla y regresaba con el niño recién nacido; ella misma cortaba y amarraba el cordón umbilical. Con Felipe, el penúltimo de sus hijos, fue diferente porque ella tomó vitaminas durante el embarazo y el niño creció mucho en el vientre, era muy gordo y no podía nacer. Ernestina sufrió mucho y don Ángel tuvo que ayudarla en el parto. Por esa razón recomiendan que las mujeres deben comer poca manteca y no tomar vitaminas durante el embarazo.

Es necesario tener en cuenta esta consideración sobre los suplementos nutricionales en las actividades de promoción y prevención y en los controles prenatales efectuados entre los indígenas, pues su consumo está condicionado por aspectos culturales que no se tienen en cuenta y de los cuales va a depender el éxito de las actividades de salud pública de las instituciones.

Esta población, además de estar consumiendo alimentos para satisfacer las necesidades biológicas de la madre y del niño que se está formando, involucra el simbolismo que tienen los alimentos consumidos, mostrando que la selección de los alimentos o sustancias integradas al cuerpo depende en gran medida de sus características particulares y el deseo o no de incorporarlas al organismo. De hecho, los diferentes grupos indígenas de la Amazonia consideran el proceso de alimentación más allá de consumir alimentos, de calmar el hambre o de suplir ciertos requerimientos biológicos para mantener la vida; su propósito fundamental va más dirigido a crear sociedades sólidas que vivan con bienestar. Es así como en la Amazonia,

construir sociedad y vivir en sociedad depende de la calidad de humanos que se construyan desde antes del nacimiento. La construcción del ser humano se hace a partir de lo que come y precisamente los alimentos determinan las características que van a permitir al hombre (o a la mujer) ser parte de una sociedad y lograr buenas relaciones con sus parientes y paisanos (Overing y Passes 2000; Londoño 2004; Mahecha 2004).

### **Lactancia materna**

Los profesionales de la salud mencionaron que consideran a la leche materna como el alimento ideal desde que el niño nace; sin embargo, es muy frecuente que recomienden fórmulas lácteas infantiles desde los primeros días posparto e incluso las ofrecen a los niños intrahospitalariamente luego del parto, pues observan que la madre produce poca leche. Durante las entrevistas se detectó que desconocen el significado que tiene la leche materna para la población indígena. Según refirieron, algunas la ofrecen durante poco tiempo y otras de manera muy prolongada. Así pues, también mencionaron que los indígenas amazónicos que viven cerca de la zona urbana del municipio tienen un inicio de la ablactación muy precoz, alrededor de un mes, y que las mujeres de comunidades ubicadas en la ribera del Amazonas introducen alimentos diferentes a la leche materna luego de los ocho o nueve meses de edad. Dicho personal considera que estas prácticas se deben a razones étnicas y culturales que desafortunadamente no conocen con claridad.

De acuerdo con lo descrito por los colegas entrevistados, hay diferencias en cuanto a la duración de la lactancia en las comunidades indígenas de Leticia; sin embargo, discrepo en que esto se deba a factores culturales y étnicos. Como ya se mencionó, la alimentación constituye un acto de suma importancia dentro de sociedades amazónicas y, por supuesto, la práctica de la lactancia materna ha sido fundamental para los diferentes grupos indígenas (figura 2). Las variaciones en cuanto a duración, por ejemplo, no tienen que ver con el grupo étnico sino, más bien, con el contexto social y geográfico en el que se vive, lo que determina el contacto con alimentos no indígenas y con las instituciones prestadoras de servicios de salud que, como fue mencionado, es el sitio donde inician el ofrecimiento de otros alimentos. A continuación se describen las percepciones de los cuidadores indígenas en cuanto a la práctica de la lactancia materna.



*Figura 2.* Mujer Bora de zona rural amamantando a su hija de siete meses.

Luego del nacimiento, todas las madres, tanto de la zona urbana como de la zona rural, dan leche materna como primer alimento, ya que la relacionan con el aumento de las defensas del niño, el buen crecimiento y desarrollo, la prevención de la desnutrición, es económico y fácil de ofrecer, además de que naturalmente se encuentra disponible. En relación con las razones para preferirla, hay una incorporación de discursos biomédicos en las cuidadoras. En los grupos focales, las madres y abuelas de la zona urbana y rural mencionaron aspectos relacionados con el favorecimiento del sistema inmunológico del niño y el buen aporte nutricional del alimento. Al hablar sobre las razones para escoger la leche materna para alimentar a los niños, encontramos respuestas como la siguiente:

Porque eso viene, mejor dicho, eso viene de nacimiento. El niño, por más enfermo que esté, él está pegado de la teta, porque uno no tiene que estar preparando el tetero, que si no hay azúcar... sino uno saca la teta y ¡listo! Así cuando no haya comida, que el niño quiera comer, quiera tomar, uno saca la teta y le da. Pongamos: yo crié a mis hijos, un año no sabían comer comida ni tomar nada, a pura teta tomaban; después del añito que le salían los dientes, yo empecé a darles coladita, pero ellos eran bien gordos con pura teta... Según dicen los médicos [con los] que nosotros hemos ido y nos han hablado, dicen, porque la leche materna tiene muchas defensas contra todas las enfermedades, [que] si les viene una enfermedad no les coge tan duro, doctora, porque tienen la leche materna y ellos tienen toda esa protección contra las enfermedades y eso los ayuda a recuperarse y no enfermarse.

Todas coincidieron en que es muy buen alimento, sobre todo cuando los niños están enfermos, porque no quieren comer nada, están débiles y el seno siempre lo reciben, y con ese alimento ellos se recuperan: “Darles leche materna es más fácil porque si se enferman, la mamá no tiene que estar cargando teteros ni leches, sino sólo la leche materna es suficiente”.

Una razón importante que ellas mencionaron en relación con la leche materna es que es fácil y práctica, principalmente cuando sus hijos enferman. Según ellas, cuando el niño se enferma y se encuentra muy irritable, esto es lo único que recibe y que lo calma; en caso de que se encontrara hospitalizado, este tipo de alimentación es mucho más cómodo. Aquí se observa que la leche materna se convierte en un generador de tranquilidad y bienestar para el niño y para la madre, involucrando factores psicológicos; adicionalmente, esta práctica ofrece mayor autonomía alimentaria<sup>4</sup> a la madre y a las familias al no depender de los recursos económicos para comprar otro tipo de leche o alimento infantil que, en general, son de muy alto costo.

Por otro lado, se hace énfasis en que el inicio del amamantamiento se realiza de manera natural y siempre es el primer alimento ofrecido al recién nacido. La lactancia materna es una forma de prolongar el vínculo entre la madre y el niño después de la gestación, pues impide que se produzca una interrupción violenta de este lazo luego del nacimiento. A pesar de esto, se debe decir que el mantenimiento o continuación de la

<sup>4</sup> Entiendo “autonomía alimentaria” como el poder o la capacidad que tienen las personas, las familias y las comunidades de satisfacer sus necesidades alimentarias con independencia y con la posibilidad de decidir la cantidad y calidad de alimentos que adquieren y consumen.

práctica dependerá, entre otras cosas, del apoyo de los familiares y, de forma especial, del padre del niño.

Un aspecto relevante y que tiene que ver con la dimensión social de la alimentación del lactante es el ambiente familiar en el cual se forma, nace y posteriormente es amamantado. Además de que la opinión de los familiares con respecto a la práctica es importante, lo fundamental es el apoyo material que le dan a la madre, sobre todo el abastecimiento de alimentos para su consumo. Las mujeres entrevistadas consideran que la ayuda de los padres, hermanos y esposo en la consecución de los alimentos es primordial para que ellas estén bien alimentadas y produzcan suficiente leche. De la población sujeto de estudio, sólo se encontró un caso en que la mujer recibió comentarios desfavorables para su salud y la del niño al ofrecer leche materna, lo cual produjo que esta práctica no fuera exclusiva (LME)<sup>5</sup> y se diera un destete<sup>6</sup> prematuro a los cuatro meses de edad. El resto de las madres encontraron apoyo en sus familiares y la ofrecieron por un tiempo mayor.

Con respecto a la duración de la LME y lactancia materna total, el personal de salud de Leticia recomendó lo definido en las guías alimentarias para los niños y niñas colombianos menores de dos años (Ministerio de Salud *et al.* 1999), es decir, LME hasta los seis meses de edad y junto con alimentación complementaria adecuada mínimo hasta los dos años. Sin embargo, en la práctica observada durante los últimos cuatro años en el municipio, son muy pocos los profesionales de salud que creen y confían en sus beneficios durante los primeros seis meses de edad y motivan a las madres para iniciar fórmulas lácteas infantiles a partir de los primeros días. El destete es recomendado alrededor de un año, pues consideran que los niños se “mal acostumbran” si se les ofrece por un tiempo mayor (figura 3).

En la población indígena no hay un criterio definido y difiere totalmente en cada mujer y con cada hijo. En general, en la zona urbana la LME dura tres meses, aproximadamente, y en la zona rural se produce la ablactación<sup>7</sup> alrededor de los seis meses. Al igual que ha sido descrito por otros autores (Agampodi *et al.* 2007; Alvarado *et al.* 2005; Burgos *et al.* 2004; Khassawneh

<sup>5</sup> Es el periodo en el cual se da la leche materna como único alimento.

<sup>6</sup> Se denomina “destete” al momento en el cual se suspende totalmente el suministro de la alimentación por el seno materno.

<sup>7</sup> Término utilizado para referirse al momento de la introducción en la dieta del niño de alimentos diferentes de la leche materna, incluyendo las fórmulas lácteas infantiles.



Figura 3. Mujer bora de zona urbana alimentando a su hija de nueve meses con caldo de huevo y papa, sentada en su hamaca.

*et al.* 2006; McLachlan *et al.* 2006; Quintero *et al.* 2006), tanto en la zona urbana como en la rural, la edad en la que se produce la ablactación depende de la ocupación de la madre; así, cuando ella tiene algún empleo fuera de casa, la duración es menor que cuando es ama de casa, y además cuenta con el apoyo de sus familiares. Algo particular encontrado en este estudio es que el dedicarse a las actividades agrícolas, en este caso al trabajo en la chagra (que es realizado por las mujeres de zona rural), favorece la duración de la lactancia materna, aumentándola alrededor de seis meses. Las sociedades amazónicas consideran los productos de la chagra como hijos. Si la chagra está bien cuidada, los hijos podrán estar bien alimentados y saludables; el sembrar la yuca y criar a los hijos son dos actividades similares y complementarias. Desde esta perspectiva, el acceso a la tierra y las prácticas hortícolas son esenciales para garantizar la reproducción física y cultural femenina (Nieto 2006; Mahecha 2004; Belaunde 2001).

Por otro lado, en la población estudiada aparece la disponibilidad de recursos económicos para adquirir otro tipo de leche o alimento como factor para iniciar el ofrecimiento de alimentos diferentes a la leche

materna. Esto, aunque se ve más acentuado en la zona urbana por la mayor cercanía al mercado, también ocurre en Kilómetro 7. Esto llama la atención puesto que, aunque la leche materna es un producto natural sin valor económico y al que se le confieren propiedades inmunológicas y nutricionales, las familias tienden a preferir otros alimentos cuando su capacidad económica se lo permite. Podría decirse que esto es un resultado del contacto que han tenido estas familias con prácticas alimentarias no indígenas, propias de la población que vive en el municipio de Leticia y que de alguna u otra manera están siendo catalogadas como el estándar alimentario.

Luz Mery es una mujer de padre bora y madre uitota que vive en la comunidad de Kilómetro 7 desde hace 25 años. A sus 36 años ha tenido cinco hijos, uno murió a los dos años; durante un tiempo Luz Mery vivió en Bogotá, donde nacieron algunos de sus hijos. En una de las entrevistas cuenta su experiencia sobre la lactancia materna:

Marcia: ¿Cuál es su experiencia en relación con la lactancia materna?

Luz Mery: Yo, por lo general, siempre he trabajado, siempre he trabajado, yo a mis hijos siempre lo crío con tetero y teta. Pecho le doy en la noche y tetero en el día. Al segundo o tercer día yo ya le empiezo a meter teterito. Le quito hasta la edad de... hasta año y medio, siempre le he dado pecho hasta año y medio y ahí definitivamente le quito, al año y medio.

Este negro [señala a uno de los hijos] era gordo, parecía un buda. En Bogotá eso era sopladote, porque siempre le he dado platanito, colada de platanito con leche. El papá le compraba lechecita de vaca y yo le preparaba.

M: ¿Desde que nacieron le daba en el biberón la colada?

LM: Sí, con leche de vaca o leche Klim y canelita. A todos mis hijos, los cinco, yo les di y nunca se me han enfermado.

Aquí se observa que Luz Mery, estando en Bogotá, tenía la posibilidad de adquirir otro tipo de leche y prefirió alimentar a sus hijos principalmente con leche entera de vaca que con su propia leche. Continuó amamantándolos durante año y medio, pero los niños recibieron lactancia materna exclusiva tan sólo tres días. A diferencia de Luz Mery, las demás entrevistadas del kilómetro 7, y que son sus parientes más cercanos, han ofrecido su leche de manera exclusiva alrededor de los seis meses. Esto lleva a pensar que las prácticas de alimentación de los pequeños se relacionan más que con la etnia, con el contexto en el que viven durante la crianza, las posibilidades económicas y su disponibilidad de alimentos.



Otra razón por la cual se inician alimentos diferentes, incluidas las fórmulas lácteas infantiles, es la producción insuficiente de la madre, lo cual es percibido generalmente los primeros días después del parto. Algunas logran retomar la lactancia materna exclusiva, pero otras continúan ofreciendo alimentos complementarios. Por otro lado, se encontraron diferencias generacionales en cuanto a la duración de la LME. Las abuelas refirieron haber ofrecido su leche como único alimento alrededor de nueve meses y continuaban con otros complementarios hasta dos años o más. Algo interesante con respecto a las diferencias generacionales es la tendencia a la disminución del tiempo tanto de LME como de lactancia materna total, lo cual es paradójico, ya que actualmente se realizan más actividades de promoción de la lactancia materna que las que se realizaban cuando las abuelas estaban amamantando. Durante las entrevistas, las madres jóvenes manifestaban la importancia de amamantar a sus hijos; sin embargo, también era común escuchar la necesidad sentida por ellas para introducir otros alimentos desde las primeras semanas posparto, lo que está relacionado con la práctica de los profesionales de salud que atienden los partos en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Leticia.

En la población indígena, la duración total de la lactancia materna difiere de una mujer a otra y en una misma con cada hijo, y depende principalmente del ambiente sociofamiliar y las posibilidades económicas que enfrenta cada vez que amamanta. En general, las más jóvenes consideran que el destete debe realizarse alrededor del primer año, dado que un tiempo más prolongado genera apegos en el niño, cansancio en la madre e incluso lo relacionan con bajo peso del niño, al impedir el consumo de otros alimentos (razones también manifestadas por los profesionales de la salud). Sin embargo, se encontró que en la zona rural, cuando la madre desarrolla actividades agrícolas, el amamantamiento se extiende hasta alrededor de los 18 meses.

Las mujeres mayores en su momento proporcionaron leche materna hasta los dos o tres años, y cuando están presentes en la crianza de sus nietos, ya sea en la zona urbana o rural de Leticia, el amamantamiento se prolonga entre 6 y 12 meses más que en aquéllos que no tienen a sus abuelas cerca. Así, la presencia de la abuela en familias indígenas es un factor protector de la práctica de la lactancia materna porque permite la continuidad del ejercicio de una noción de crianza colectiva.

## Alimentación complementaria

Los profesionales de la salud refirieron seguir el esquema de las *Guías alimentarias para los niños y niñas colombianos menores de dos años* (Ministerio de Salud *et al.* 1999), en donde se define la forma de introducir los diferentes alimentos mensualmente desde los 6 hasta los 12 meses, que es cuando se espera que el niño se incorpore totalmente a la alimentación familiar. Este esquema incluye alimentos de los diferentes grupos, ejemplificando cada uno de ellos con alimentos de difícil acceso en la región amazónica, lo que desafortunadamente no toman en cuenta los profesionales de salud, quienes al provenir de otras regiones de Colombia desconocen los productos disponibles que podrían ser equivalentes. En ambas poblaciones, el ofrecimiento de alimentos debe realizarse de manera gradual, observando la tolerancia que tiene el niño hacia el nuevo alimento que está probando; sin embargo, se encuentran diferencias en cuanto al proceso de introducción. Así, el personal de salud, por ejemplo, insiste en que se debe iniciar con frutas dulces y verduras, enseguida los cereales sin gluten; luego, alrededor de los 7 u 8 meses, se introducen las carnes rojas,<sup>8</sup> hígado y leguminosas, terminando a los 12 meses con frutas ácidas, pescado, huevo entero y derivados lácteos, esto de acuerdo con las *Guías alimentarias* (Ministerio de Salud *et al.* 1999).

Los cuidadores indígenas consideran que el ofrecimiento de cada alimento depende del desarrollo psicomotor del niño, de la disponibilidad del producto (ya sea por época o por recursos económicos) y, algunas veces, del gusto de los padres por el alimento. En el siguiente fragmento de entrevista se muestra un ejemplo del proceso de ablactación de la hija menor de María Luisa, una mujer bora de 25 años que vive en la zona rural de Leticia:

Marcia: ¿Cuándo empezó su hija a comer alimentos diferentes a la leche materna?

María Luisa: Como desde los ocho meses, yo le comencé a dar.

M: ¿Qué le empezó a dar?

ML: Caldito, pero lo primero lo primero fue el tetero de colada de plátano.

<sup>8</sup> En las *Guías alimentarias para los niños y niñas colombianos menores de dos años* (Ministerio de Salud *et al.* 1999) está definido que se debe recomendar el consumo de carnes rojas entre los siete y ocho meses de edad por su alto contenido de hierro y proteínas. Igualmente, el hígado como fuente de hierro es recomendado desde esta edad, una vez a la semana; esto con el fin de prevenir la anemia ferropénica en la población lactante.

M: ¿Cuántos meses tenía cuando le dio colada de plátano?

ML: Valery tenía como tres meses, yo le empecé a dar colada de plátano.

M: Y después de la colada de plátano, ¿qué más?

ML: Ya comida de sal, doctora. Yo le deba Bienestarina, o sea, doctora, no solamente una cosa, cuando yo tenía mi plática, yo la compraba ese Nutrilón, ése también ella tomaba.

M: ¿Le preparabas en leche o así en agua únicamente?

ML: Con leche.

Vale la pena resaltar la gran frecuencia del ofrecimiento de la colada de plátano macho verde para complementar la leche materna (en caso de presentar poca producción láctea) durante los primeros meses del bebé. Todas las jóvenes entrevistadas dieron esta colada a alguno de sus hijos antes de los seis meses de edad y las abuelas refirieron iniciar su ofrecimiento después de los siete u ocho meses. Algunas la preparan con leche y otras sólo con agua, dependiendo de la disponibilidad económica de la familia. Posteriormente, cuando el niño logra mantenerse sentado, se puede iniciar con otras preparaciones, principalmente caldo de pescado,<sup>9</sup> o de pollo si tienen la posibilidad económica para comprarlo. El caldo es escogido dada la facilidad para el consumo, además allí pueden macerar el arroz, la pasta o la papa, esto se incorpora a sus hábitos alimentarios tradicionales. Cuando inicia la erupción dentaria, el niño ya se considera listo para comenzar el consumo de carne, especialmente de aves y pescados de riachuelo. La carne de animales grandes, como la res, el tapir y el venado, son las últimas en ser introducidas, puesto que se consideran muy “pesadas” para el niño y se relacionan con la generación de diarreas antes de los dos años. Para las abuelas, estas carnes sólo debían introducirse luego de los tres años, y en las nuevas generaciones se hace después del año si están disponibles.

<sup>9</sup> La población indígena refiere que hay algunos tipos de pescados que pueden comer los niños menores de un año para evitar efectos adversos, como alergias, malestares gastrointestinales, etcétera. Los pescados no recomendados son aquellos de gran tamaño, con alto contenido de grasa o los carnívoros. De esta manera, restringen hasta luego del primer año el sábalo (*Brycon melanopterus*), la sabaleta, la margarita, que es como una palometa pequeña (*Mylossoma duriventris*), la lisa (*Leporinus fasciatus*), los bagres (peces del orden Siluriformes), pescados grandes como el pirarucú (*Arapaima gigas*), el paco (*Piaractus brachyomus*), el pintadillo (*Pseudoplatystoma fasciatum*), los carnívoros, como el picalón (*Calophysus macropterus*), dormilón (*Hoplias malabaricus*) y la piraña (*Pygocentrus nattereri*).

## CONCLUSIÓN

Los primeros hallazgos indican que los discursos y las prácticas alimentarias tradicionales de los cuidadores de los niños indígenas menores de dos años presentan algunas diferencias con los de los profesionales de la salud y, al ser desconocidos por estos últimos, la efectividad de sus intervenciones de promoción y prevención es baja; no obstante, las percepciones sobre la lactancia materna en las madres que migraron de la Chorrera al municipio de Leticia señala diferencias generacionales, lo que evidencia que las madres jóvenes tienen discursos y prácticas adaptadas de las recomendaciones de los profesionales de salud, y desafortunadamente esto se relaciona con la disminución de la práctica de la lactancia materna y el ofrecimiento de alimentos tradicionales.

El personal de la salud refiere seguir las pautas para la alimentación de niños menores de dos años definidas por la OMS; sin embargo, en la práctica se observa que sus intervenciones desfavorecen la práctica de la lactancia materna al promover fórmulas lácteas infantiles poco tiempo después del nacimiento y dificultan la adecuada introducción de alimentos complementarios, entre otras cosas, por desconocer los alimentos de la región que son equivalentes a los estipulados en las *Guías alimentarias*.

Estas discordancias entre discursos y prácticas tanto de profesionales de la salud como de los cuidadores indígenas hace que la alimentación de los menores de dos años sea un tema tan complejo que debe seguirse trabajando para lograr un diálogo más favorable y promover la lactancia materna en la población indígena del municipio, así como una alimentación complementaria de acuerdo con los alimentos tradicionales que se encuentran disponibles.

## REFERENCIAS

AGAMPODI, SUNETH, THILINI AGAMPODI Y UDAGE KANKANAMGE

- 2007 Breastfeeding practices in a public health field practice area in Sri Lanka: A survival analysis, *International Breastfeeding Journal*, 2:13.

ALVARADO, BEATRIZ, ELIZABETH TABARES, HELENE DELISLE Y MARÍA ZUNZUNEGUI

- 2005 Creencias maternas, prácticas de alimentación y estado nutricional en niños afro-colombianos, *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 55 (1): 55-63.

BELAUNDE, LUISA E.

- 2005 *El recuerdo de Luna: género, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos*, Fondo Editorial de la Facultad de ciencias sociales, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

BURGOS, GABRIELA Y MILUSKA CARRASCO

- 2004 *Características de la alimentación e ingesta de nutrientes de los niños entre 6 a 24 meses de una comunidad urbano marginal de Lima (Caso Nievería)*, Centro Internacional de la Papa, Lima.

CHAPETÓN, MARCIA Y ANDREA SILVA

- 2005 *Determinación de la canasta usual de alimentos del Casco Urbano de Leticia, Departamento del Amazonas*, tesis de grado en Nutrición y Dietética, Universidad Nacional de Colombia, Leticia.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN

- 1995 *Plan Nacional de Alimentación y Nutrición de Colombia*, Bogotá.  
2008 *Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional*, Bogotá.

DEWEY, KATHRYN

- 2003 *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*, Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud-Unidad de Nutrición, Salud de la familia y comunidad, Washington.

KHASSAWNEH, MOHAMMAD, YOUSEF KHADER, ZOUHAIR AMARIN Y AHMAD ALKAFAJEI

- 2006 Knowledge, attitude and practice of breastfeeding in the north of Jordan: A cross-sectional study, *International Breastfeeding Journal*, 1: 17.

LONDOÑO, CARLOS

- 2004 *Muinane: un proyecto moral a perpetuidad*, Universidad de Antioquia, Medellín.

MAHECHA, DANY

- 2004 *La formación de masá goro, “personas verdaderas”. Pautas de crianza entre los macuna del Bajo Apaporis*, tesis de maestría en Estudios Amazónicos, Universidad Nacional de Colombia, Amazonia.

MCLACHLAN, HELEN Y DELLA FORSTER

- 2006 Initial breastfeeding attitudes and practices of women born in Turkey, Vietnam and Australia after giving birth in Australia, *International Breastfeeding Journal*, 1: 7.

MINISTERIO DE SALUD

- 1996 *Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN) 1996-2005*, Bogotá.  
 1998 *Plan Decenal para la Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008*, Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- 1999 *Guías alimentarias para los niños y niñas colombianos menores de dos años*, Bogotá.

NIETO, JUANA

- 2006 *Mujeres de la abundancia*, tesis meritoria, maestría en Estudios Amazónicos, Universidad Nacional de Colombia, Amazonia.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL Y FUNDACIÓN CAVENDES

- 1997 *Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida*, Washington.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y UNICEF

- 1990 *Protecting, promoting and supporting breastfeeding. The special role of maternity services*, Ginebra.

OVERING, JOANA Y ALAN PASSES

- 2000 Introduction: Conviviality and the opening up of Amazonian anthropology, en J. Overing y A. Passes (eds.), *The anthropology of love and anger: The aesthetics of conviviality in Native Amazonia*, Routledge, Londres: 1-30.

PAVA, A.

- 2007 *Determinación de prácticas alimentarias en menores de dos años usuarios del programa FAMI del casco urbano de Leticia-Amazonas*, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Seccional Amazonas, Leticia.

PROFAMILIA

- 2005a *Encuesta Nacional de Situación Nutricional*, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Bogotá.
- 2005b *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, Profamilia-Macro, Calverton.

QUINTERO, SOFÍA, ROSA BERNAL, CHIARA BARBIERO, RAQUEL PASSAMONTE  
Y ADRIANO CATTANEO

- 2006 A rapid ethnographic study of breastfeeding in the North and South of Italy, *International Breastfeeding Journal*, 1: 14.

