



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Experiencia de la consejería en el apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad

Gloria Yaneth Pinzón Villate

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Doctorado Interfacultades en Salud Pública
Bogotá, Colombia
2017

Experiencia de la consejería en el apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad

Gloria Yaneth Pinzón Villate

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Doctora en Salud Pública

Directora:

Enf. Ph.D. Martha Lucía Alzate Posada

Codirectora:

ND. Ph.D. Gilma Aurora Olaya Vega

Grupos de Investigación:

Cuidado cultural de la salud - Universidad Nacional de Colombia

Alimentos, nutrición y salud - Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Medicina, Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Bogotá, Colombia

2017

A

Gerard, Sebastián y Santiago

Agradecimientos

Deseo agradecer profundamente a todas las personas que me ayudaron de alguna u otra manera durante mi formación académica en el Doctorado y a quienes siempre estuvieron ahí conmigo ofreciéndome su amor, apoyo y entusiasmo.

En primer lugar a los ángeles que siempre me acompañan y me muestran alternativas cuando las necesito.

A mis padres, que desde su desconocimiento siempre estuvieron atentos a mis avances y esperaban con ilusión la entrega de la tesis. A Gerard por su amor, comprensión y paciencia durante todo mi transcurrir por el Doctorado, a mis hijos Sebastián y Santiago, con quienes viví la experiencia de la lactancia materna y me inspiraron todo el tiempo para desarrollar la tesis.

A las madres que participaron en esta investigación, por dedicarme tiempo, permitirme entrar en sus vidas y compartir sus experiencias conmigo y al personal de salud por cederme su limitado tiempo en los lugares de trabajo y responder cordialmente mis preguntas.

A mis directoras de la tesis, a la profesora Martha Lucía Alzate Posada, quien fue uno de mis ángeles y me acompañó permanentemente en hacer realidad esta investigación. A la profesora Gilma Aurora Olaya Vega quien me escuchó desde el primer día que le planteé mi proyecto y decidió caminar conmigo en esta aventura académica. El trabajo que se logró con mis dos profes fue muy enriquecedor para mí y a ellas debo la culminación exitosa del Doctorado. Muchas gracias.

A las nutricionistas, jefes de enfermería y médicas de las 12 Instituciones amigas de la mujer y la infancia, quienes me ofrecieron la información necesaria para identificar al

personal de salud y a las madres que participaron en la primera y segunda parte de la investigación.

A Gloria Quintero, quien en su momento era la Subdirectora local de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) de Suba, Pilar Camacho, Gestora (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) / SDIS, Andrea Borbón, Profesional de apoyo técnico al Plan Decenal de Lactancia Materna (LM) de la Subdirección de salud nutricional, alimentos y bebidas del Ministerio de Salud y Protección Social y a Carolina Bolívar, referente de la estrategia de lactancia materna en el componente de Salas Amigas de la Familia Lactante (SAFL) de la Secretaría Distrital de Salud (SDS). A todas ellas gracias por sus aportes durante la prueba al instrumento de recolección de información, usado en la primera etapa de la investigación.

A Gloria Ochoa Parra, coordinadora de la Red IBFAN para Colombia por su permanente y valioso acompañamiento durante mi formación en el Doctorado. Las tardes “cafeteras” sirvieron infinidad para orientar mi trabajo y discutir los avances de la investigación.

A Patricia Farías Jiménez, enfermera investigadora asociada, del Centro de Estudios e Investigación en Salud (CEIS) de la Fundación Santa Fe de Bogotá, por sus aportes y su actitud amable y dispuesta siempre, ante mis inquietudes y necesidades.

A las y los profesores y equipo de investigación del Instituto de Nutrición Josué de Castro de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, y de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro. En especial a las profesoras: Rosana Salles-Costa, Gilza Sandre, Rubén Mattos e Ivis Emilia de Oliveira Souza. A todos, muchas gracias por su profesionalismo, entrega, conocimientos y amabilidad durante mi estancia en la pasantía.

A mis compañeros del Doctorado, en especial a Diana Cuervo, por su amistad, colaboración y apoyo permanente.

A los colaboradores del Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional, Patricia, Gloria, Luz Miriam y Rodolfo. Fueron personas muy amables y me colaboraron siempre ante cualquier necesidad que tuve sobre trámites administrativos y académicos.

Es posible que omita algún nombre, por favor mis excusas por ello. Por eso, nuevamente agradezco de corazón todo el apoyo, aportes, comprensión y amistad, que viví durante el Doctorado.

Resumen

Objetivo: comprender la experiencia vivida de la consejería en lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, recibida por un grupo de madres en lactancia, en el contexto de las instituciones amigas de la mujer y la infancia de la ciudad de Bogotá.

Método: investigación de método mixto en dos etapas, con integración de dos metodologías, cuantitativa y cualitativa. En la primera etapa se realizó un estudio descriptivo transversal, cuya muestra estuvo constituida por 12 instituciones amigas de la mujer y la infancia y por 76 consejeros de estas instituciones. La segunda etapa, fue cualitativa donde se utilizó el enfoque del método fenomenológico, con la participación de 19 madres en periodo de lactancia, atendidas en 3 instituciones de las 12 que participaron en la primera etapa. **Resultados:** El 92% de personal de salud de las Instituciones amigas de la mujer y la infancia no está formado en consejería en lactancia materna exclusiva y para ellos la consejería significa dar información a la madre sobre la lactancia. Las madres reportaron ausencia de la consejería en lactancia materna exclusiva. En la gestación, quienes asistieron a los controles prenatales recibieron indicaciones sobre la técnica de la lactancia; en el posparto inmediato tuvieron contacto con el personal de salud, quien les brindó indicaciones sobre técnicas de lactancia y en el egreso hospitalario quien estuvo más en contacto con la madre fue la familia y red de apoyo cercana. **Conclusiones:** Las madres no vivieron una consejería centrada en la madre y en sus necesidades, lo que les generó mayor inseguridad y desconfianza en su capacidad para lactar y experimentar dificultades y problemas con la lactancia. Es necesario establecer un consenso sobre lo que significa la consejería en lactancia materna exclusiva, formar y entrenar a consejeros y a quienes tienen contacto directo con la madre.

Palabras clave: Consejería, lactancia materna, personal de salud, familia (Fuente: Decs, BIREME)

Abstract

Objective: To understand the experience lived by a group of mothers that breastfeed, who received a six months exclusive breastfeeding counselling within the context of Institutions Friends of Mothers and Children in Bogota city.

Methodology: the research used a mixed methodology developed in two stages, integrating quantitative and qualitative methodologies. During the first stage a transverse and descriptive study took place, the example included twelve - 12 institutions friends of women and children and seventy six - 76 of their Counsellors. The second stage, was qualitative, using the phenomenological method with nineteen – 19 women who breastfeed and attended three institutions, of a total of twelve -12- that had participated in the first stage. **Results:** 92% of the health personnel working within the Institutions Friends of Women and Children had not been trained on exclusive breastfeeding counselling. For many of them, Counselling meant to give information to the mothers about breastfeeding. The mothers reported an absence of counselling on exclusive breastfeeding. During their pregnancy stage those women who had pregnancy controls received advice on breastfeeding techniques, soon after the birth they had contact with health personnel who explained to them about breastfeeding techniques. After the mothers left hospital, they had greater contact with their family and support from a closed network. **Conclusions:** the mothers did not lived an experience of Counselling that was centred in the mother and her needs, this generated more insecurity and lack of confidence in their capacity to breastfeed and to experience difficulties and problems with breastfeeding. It is necessary to establish a consensus about the meaning of exclusive breastfeeding counselling, to form and train Counsellors and all those who have direct contact with the mother.

Key words: Counselling, breastfeeding, health personnel, family.

Resumo

Objetivo: Compreender a experiência de aconselhamento durante o processo de aleitamento materno exclusivo até os seis meses recebido por um grupo de mães lactantes no contexto de instituições amigas da mulher e da infância na cidade de Bogotá, Colômbia.

Método: pesquisa de abordagem mista realizada em duas etapas, com a integração de duas metodologias: quantitativa e qualitativa. Na primeira fase foi feito um estudo descritivo transversal, cuja amostra foi constituída por 12 instituições amigas da mulher e da criança e por 76 conselheiros destas instituições. A segunda fase foi qualitativa onde se realizou um estudo fenomenológico, envolvendo 19 mães que amamentavam atendidas em três instituições das 12 que participaram na primeira fase. **Resultados:** 92% dos profissionais de saúde das instituições amigas da mulher e da criança não são treinados em aconselhamento durante o processo de aleitamento materno exclusivo e para eles o aconselhamento significa apenas dar informação para a mãe sobre a amamentação. As mães relataram ausência de aconselhamento em amamentação exclusiva. Na gestação as que assistiram aos controles pré-natais receberam indicações sobre a técnica de amamentação; no pós-parto imediato tiveram contato com o pessoal de saúde, quem lhes forneceu orientação sobre técnicas de amamentação e durante a alta hospitalar quem esteve mais em contato com a mãe foi a família e a rede de apoio. **Conclusões:** As lactantes não viveram um aconselhamento centrado na mãe e em suas necessidades, o que os levou a uma maior insegurança e desconfiança em sua capacidade de amamentar apresentando dificuldades e problemas com a amamentação. É necessário estabelecer um consenso sobre o que significa aconselhamento em aleitamento materno exclusivo e educar e treinar aos conselheiros e aqueles que têm contato direto com a mãe.

Palavras-chave: aconselhamento, aleitamento materno, profissionais de saúde, família

Contenido

Resumen.....	VII
Lista de diagramas.....	XIV
Lista de tablas.....	XV
Lista abreviaturas.....	16
Introducción.....	17
1. Marco conceptual.....	24
1.1 Lactancia materna.....	24
1.1.1 Lactancia materna exclusiva.....	24
1.1.2 Beneficios de la lactancia materna.....	25
1.1.3 Factores que favorecen o limitan la LM en tres momentos críticos.....	26
1.2 Consejería.....	33
1.2.1 Concepto de consejería.....	33
1.2.2 Consejería en LME.....	34
1.2.3 Fundamentos teóricos de la consejería.....	37
1.3 Fenomenología.....	41
2. Metodología.....	45
2.1 Tipo de estudio.....	45
2.2 Primera etapa.....	46
2.2.1 Población de estudio.....	47
2.2.2 Recolección de información.....	50
2.2.3 Análisis de la información.....	49
2.3 Segunda etapa.....	51
2.3.1 Las participantes.....	53
2.3.2 Entrevista a profundidad.....	55
2.3.3 Análisis de la información.....	57
2.3.4 Posibles sesgos de la investigación.....	58

2.3.5 Rigor científico.....	59
2.3.6 Dificultades y limitaciones del estudio	60
2.3.7 Aspectos éticos	62
3. Situación de la CLME en las IAMI de la ciudad de Bogotá	64
3.1 Caracterización de las IAMI	64
3.2 Caracterización del personal consejero en LME	65
3.3 Descripción de la consejería en lactancia materna exclusiva	71
3.4 Discusión	82
4. Experiencia vivida en la CLME, por un grupo de madres en periodo de lactancia	94
4.1 Historiografía	94
4.2 Historicidad	95
4.3 Unidades de significado	99
4.3.1 La experiencia de la consejería en lactancia materna exclusiva durante la gestación	99
4.3.2 La experiencia de la consejería en lactancia materna exclusiva durante el posparto inmediato	103
4.3.3 La experiencia de la consejería en lactancia materna exclusiva durante el egreso hospitalario	107
4.3.4 Significado de la consejería en lactancia materna exclusiva	124
4.4 Discusión	128
5. La Tesis	144
6. Conclusiones y Recomendaciones	151
6.1 Conclusiones	151
6.2 Recomendaciones.....	154
6.3 Perspectivas para la investigación.....	156
7. Anexos	158
A. Anexo: Aspectos que favorecen o limitan la práctica de la LM en los tres momentos críticos.....	158
B. Anexo: Cuestionario personal de salud.....	162
C. Anexo: Consentimiento informado para el personal de salud consejero en LME.....	171
D. Anexo: Consentimiento informado para las madres en periodo de lactancia	172

E. Anexo: Actas de aprobación del proyecto de tesis del Comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y de la Facultad de Ciencias de la Pontificia Universidad Javeriana	173
G. Anexo: Dudas frecuentes reportadas por las madres durante la Consejería en Lactancia Materna Exclusiva	181
H. Anexo: Problemas que presentan las madres con la lactancia, durante la CLME	186
I. Anexo: Barreras identificadas por el consejero para que la madre no amamante de manera exclusiva hasta los 6 meses	189
J. Anexo: Barreras institucionales para hacer la CLME en la institución de salud ..	191
8. Bibliografía	192

Lista de diagramas

	Pág.
Diagrama 2-1 Metodología de la investigación.....	46
Diagrama 4-1 Experiencia vivida por las madres durante la consejería en lactancia materna exclusiva en la gestación.....	103
Diagrama 4-2 Experiencia vivida por las madres durante la consejería en lactancia materna exclusiva en el posparto inmediato..	107
Diagrama 4-3 Experiencia vivida por las madres durante la consejería en lactancia materna exclusiva en el egreso hospitalario.....	118
Diagrama 4-4 Significado de la consejería en lactancia materna exclusiva, según las madres de este estudio.....	126
Diagrama 4-5 Experiencia de la CLME vivida en un grupo de madres en el contexto de las IAMI de la ciudad de Bogotá.....	150

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 2- 1 Temáticas obtenidas de las preguntas abiertas y su significado	49
Tabla 3-1 Caracterización del personal de salud responsable de la consejería en lactancia materna en 12 IAMI de Bogotá.....	65
Tabla 3-2 Tiempo de duración de los cursos de formación en consejería en lactancia materna.....	67
Tabla 3-3 Principales temas tratados en los cursos de formación en consejería en lactancia materna	67
Tabla 3-4 Competencias que debe tener un consejero en lactancia materna	69
Tabla 3-5 Temas que se podrían incluir en un curso de formación en consejería en lactancia materna	70
Tabla 3-6 Forma de realizar la consejería en lactancia materna exclusiva	72
Tabla 3-7 Acompañantes de la madre durante la enseñanza en lactancia materna exclusiva	73
Tabla 3-8 Aspectos teóricos impartidos en la consejería en LME y LM	75
Tabla 3-9 Abordaje práctico en la consejería en LME y LM.....	76
Tabla 3-10 Estrategias usadas en la consejería	77
Tabla 3-11 Remisión por problemas de salud física o mental de la madre	78
Tabla 3-12 Sugerencias para que la consejería en lactancia materna exclusiva sea exitosa en la institución de salud	79
Tabla 4-1 Historiografía	95

Lista abreviaturas

Abreviatura	Término
--------------------	----------------

ACA	American Counselling Association
CEIS	Centro de Estudios e Investigación en Salud
CICSLM	Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lactancia Materna
CLM	Consejería Lactancia Materna
CLME	Consejería Lactancia Materna Exclusiva
IAMI	Institución Amiga de la Mujer y la Infancia
IBFAN	Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (sigla en inglés)
LM	Lactancia materna
LME	Lactancia materna exclusiva
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
SAFL	Salas Amigas de la Familia Lactante
SDIS	Secretaría Distrital de Integración Social
SDS	Secretaría Distrital de Salud
US	Unidades de Significado

Introducción

En Colombia se han implementado diversas estrategias para promover y apoyar la práctica de la lactancia materna (LM); a inicios de los años 90s se implementó la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños, con el nombre de Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMI). Esta iniciativa contempla el cumplimiento de diez pasos y la consejería para asegurar el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (LME).

En las IAMI, la consejería se contempla como una estrategia educativa para apoyar a la madre y a la familia, sobre cómo alimentar a sus hijos, sin embargo, no se precisa la manera de hacerlo. Para el año 2009, de 51.430 instituciones de salud, públicas y privadas en Colombia, habilitadas para brindar atención materno infantil, tan solo 330 estaban acreditadas como IAMI, lo que equivale al 0.6% (1), y a nivel nacional únicamente Cundinamarca, Nariño, Boyacá, Huila y Bogotá, D.C. han reactivado la iniciativa. Lo que muestra una reducida implementación de esta iniciativa para la promoción de la LME.

Adicionalmente, no se establece un consenso sobre la metodología de la consejería en cada uno de los tres momentos: gestación, parto inmediato y egreso hospitalario (2), (3), (4), (5), (6), (7), (8), descritos en la literatura como esenciales para que se genere un impacto en el corto plazo en el inicio de la lactancia y a mediano plazo en la prolongación en el tiempo de LME hasta los seis meses, pues los temas que contempla el curso de consejería para la alimentación del lactante y del niño pequeño, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) año 2009 (9), base de la formación en consejería, son generales y pueden ser abordados bien en la gestación o en el posparto.

En relación con la formación en consejería a los profesionales de la salud, en el documento denominado Capítulo Modelo sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS, 2010 (10), se puede observar que las habilidades que se pretenden desarrollar en

los profesionales son aquellas “esenciales para todo profesional de la salud”, dirigidas a enseñar a la madre la posición y el agarre para realizar una LM adecuada y los temas abordados son: bases fisiológicas de la lactancia: composición de la leche materna, anatomía del pecho materno y cómo el lactante agarra y succiona el pecho. Adicionalmente, no se especifica una consejería en LME (CLME).

Por su parte, en Colombia, la importancia de la consejería en LM (CLM) se reconoció en el año 2011, en el marco de los Acuerdos para la Prosperidad, donde el Ministerio de la Protección Social asumió el compromiso de incluir la CLM, a todas las mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia, en las actividades obligatorias de la atención en salud de las Empresas Promotoras de Salud, Entidades Territoriales, Hospitales y Clínicas.

Lo anterior constituye un reto, dado el reducido número de personal de salud capacitado en CLM. En este sentido, la formación en el país, financiada desde sus inicios, en los años 90s por el Ministerio de Salud y Protección Social, ha estado a cargo de muy pocas organizaciones nacionales, lo que resulta insuficiente para formar en consejería al personal de salud de todo el país.

En el caso de Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud (SDS), programa y asigna los recursos para la capacitación de los profesionales de la salud en CLM y propende por el cumplimiento de la Resolución 412 de 2000, en lo relacionado con las normas y guías de atención a las mujeres gestantes y madres lactantes.

De otro lado, la mayoría de los estudios que evalúan la efectividad de la CLM no ofrecen un concepto explícito de consejería, no se centran en la CLME y se refieren a ésta como asesoría, orientación o apoyo a través de pares (11), (12), (13), (14) (15), (16). Los paradigmas elegidos por los autores para guiar la mayoría de las evaluaciones de efectividad de la CLM han sido el positivista o pospositivista, en el que sobresalen los estudios observacionales, de intervención y revisiones sistemáticas en contraste con un limitado número de estudios cualitativos, centrados en la perspectiva cultural, fenomenología, teoría fundamentada, teoría crítica, comprensiva, entre muchas otras, que muestre desde las madres el sentir, utilidad o significados de vivir la LM y la LME.

Los resultados observados en relación con la efectividad de la CLM muestran que el apoyo de los pares disminuye significativamente el riesgo de interrumpir la LME (RR: 0,71 (IC 95%: 0,61 - 0,82). Además, el efecto del apoyo de los compañeros fue significativamente

menor en las comunidades con prevalencia de la lactancia artificial en comparación con las comunidades con alta prevalencia de LM ($p = 0,048$) (17).

Adicionalmente, un estudio experimental realizado por Morrow et. al (1999) en una zona periurbana marginal de México, D.F. encontró que la frecuencia de la LME de 3 meses después del parto fue cinco veces mayor en el grupo de madres que tuvieron seis contactos prenatales y cuatro veces mayor en el grupo que solo tuvo tres contactos prenatales y posnatales por pares consejeros mediante visitas domiciliarias, en relación con el grupo control, que no tuvo contacto alguno con las consejeras capacitadas para el estudio (67, 50 y 12%, respectivamente [$P < 0,001$]) (12). Y un estudio experimental realizado en la Ciudad de Dhaka, Bangladesh, encontró una prevalencia de LME a los 5 meses de edad de 70% entre las madres que tuvieron 15 contactos pre, peri y posnatales con consejeras, a diferencia de 6% entre las mujeres asignadas aleatoriamente al grupo testigo, que no recibió ningún asesoramiento ($P < 0,001$) (18).

Además, un estudio cuasiexperimental realizado en Santos, Brasil, encontró que las madres que dieron a luz en un hospital donde había CLM, ofrecieron LME por 53 días más que las que dieron a luz en el hospital testigo, donde la consejería era limitada (19).

A nivel nacional hay limitada información relacionada con evaluaciones a intervenciones como la CLM. Los estudios publicados se orientan a identificar los factores que llevan al abandono temprano de la LME y a identificar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la LM, bajo paradigmas positivistas o pospositivistas y algunos de teoría crítica (2), (5), (6), (7), (20), (21), lo que muestra la necesidad de fortalecer esta estrategia para conocer su efectividad en la promoción de la LME y apoyar la investigación en este tema.

Lo expuesto anteriormente muestra vacíos en la consejería como apoyo para el inicio y mantenimiento de la LME, en la conceptualización de la consejería, y en la o las maneras de realizarla de la forma más adecuada durante la gestación, posparto inmediato y egreso hospitalario, a partir de la experiencia de quienes la reciben en nuestro medio. Por lo que, surgen algunos planteamientos que pueden ser explorados a partir del dialogo con las mujeres, quienes tuvieron la experiencia de la gestación, el parto de sus hijos, vivieron la lactancia y recibieron en su momento consejería, como: ¿Cuál es la percepción que las madres tienen acerca de la CLME?, ¿Qué elementos de la CLME le están aportando a la mujer en su decisión para lactar y mantener la LME hasta los seis meses? y ¿Qué aspectos

teóricos y prácticos se identifican en las narraciones de las experiencias vividas por las madres, como elementos que se requieren en la CLME?

Con base en lo descrito anteriormente, se concreta la siguiente pregunta de investigación: *¿Cuál es la experiencia de la consejería en lactancia materna exclusiva vivida por las madres, atendidas en el contexto de las IAMI de la ciudad de Bogotá?*

Para responder a esta pregunta se planteó como **objetivo general** comprender la experiencia vivida de la CLME hasta los seis meses, recibida por un grupo de madres en lactancia, en el contexto de las IAMI de la ciudad de Bogotá.

Como **objetivos específicos**, el primero, describir la situación actual de la CLM como apoyo para el inicio y mantenimiento de la LME hasta los seis meses, en IAMI de la ciudad de Bogotá. Y el segundo, interpretar la experiencia vivida en la CLME, durante la gestación, posparto inmediato y egreso hospitalario, por un grupo de madres en periodo de lactancia, atendidas en las IAMI de la ciudad de Bogotá.

Para dar cumplimiento a estos objetivos, se realizó una investigación de método mixto en dos etapas, con integración de dos metodologías, cuantitativa y cualitativa. Los hallazgos de la primera etapa sirvieron para contextualizar el fenómeno a estudiar y aportaron de manera sustancial para analizar los resultados de la segunda etapa, por lo que la integración de estas dos etapas permitieron comprender la experiencia vivida de la CLME hasta los seis meses, recibida por un grupo de madres en lactancia, en el contexto de las IAMI de la ciudad de Bogotá. Los hallazgos de esta investigación permiten hacer aportes a la salud pública porque ponen en evidencia que lo que se considera como consejería para promover la LME es en realidad una indicación o explicación a la madre para la técnica de la LM, lo cual no le ofrece a la madre la confianza y seguridad que necesita para planear la lactancia y para superar las dificultades que se le presentan, lo cual impide que pueda mantenerla de manera exclusiva hasta los seis meses.

Además, esta investigación abre las puertas para continuar estudiando el tema de la CLM en nuestro país, en especial para explorar posibilidades de intervención en las que se pueda lograr un apoyo efectivo a la gestante y madre en lactancia, que contribuyan en el aumento en la prevalencia de la LME y la LM total.

Este documento está organizado en cinco capítulos. El primero presenta el marco conceptual que guía la investigación. En este se aborda el tema de la LM, en específico se desarrolla el concepto de LME, además, se presentan los beneficios de la LM y los factores que la favorecen o limitan, en tres momentos críticos: gestación, parto/posparto inmediato y egreso hospitalario. Luego se desarrolla el tema de la consejería; su concepto y fundamentos teóricos. Posteriormente se abordan las bases conceptuales de la fenomenología del cual se deriva el método fenomenológico, que direcciona la segunda etapa de la investigación y finalmente se desarrolla el tema de la CLME.

En el segundo capítulo se presenta la metodología de la investigación. Se explican las dos etapas desarrolladas, en la primera se realizó un estudio descriptivo transversal, usado para tener un panorama de la situación de la CLME en las instituciones de salud acreditadas como IAMI en el año 2014, en la ciudad de Bogotá. En la segunda etapa, se utilizó enfoque del método fenomenológico, porque la pregunta de investigación buscaba ser explorada a partir del dialogo con las mujeres, quienes tuvieron la experiencia de la CLM, desde la gestación hasta el egreso hospitalario.

El tercer capítulo, de presentación de resultados, denominado *Situación de la CLME, en las IAMI de la ciudad de Bogotá*, reúne los hallazgos del diseño cuantitativo y cualitativo de la primera etapa. En este se presenta una caracterización general de las IAMI, luego la información del personal de salud que acompaña a la madre y finalmente se describe la manera como se realiza la CLME en la institución de salud. La discusión de este capítulo se centra en torno al reconocimiento de que la labor que realiza el personal de salud, que tiene contacto con la madre, no se considera como consejería para promover la LME.

El capítulo cuarto, también relacionado con la presentación de resultados y denominado *Experiencia vivida en la CLME, por un grupo de madres en periodo de lactancia*, atendidas en las IAMI de la ciudad de Bogotá, reúne los hallazgos del diseño cualitativo bajo el enfoque del método fenomenológico. En primer lugar, se presenta la historiografía, que está compuesta por la dimensión ontica de los hechos que contextualiza el quien del ser, en este caso, las madres participantes en esta investigación, luego se presenta la historicidad, realizada con el fin de explicitar la singularidad de cada madre participante y finalmente se identifican y desarrollan las unidades de significado que son las que sustentan la comprensión del objeto de esta investigación. La discusión de este capítulo

se centra en el hecho de que la vivencia de las madres con la CLME estuvo marcada por la ausencia del personal de salud en el momento de la gestación y el egreso hospitalario y por la presencia de forma directiva y en algunos casos con mala actitud, del personal de salud en el posparto inmediato y para algunas madres en la gestación.

En el quinto capítulo se presenta la tesis de la investigación que se centra en que las madres de esta investigación tuvieron la experiencia de una ausencia de CLME en los tres momentos, por parte del personal de salud de las IAMI y que existe una ruptura entre lo dispuesto en la norma nacional, donde se enuncia que se debe hacer consejería, pero, no se define ni se establece con claridad cómo debe ser realizada.

Finalmente, en el sexto capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones. Se concluye que las madres no vivieron una CLME, en su lugar, tuvieron la experiencia de recibir indicaciones sobre la técnica de la lactancia, por parte del personal de salud, lo que les generó mayor inseguridad y desconfianza en su capacidad para lactar y experimentar dificultades y problemas con la lactancia.

1. Marco conceptual

Este capítulo contempla tres secciones: la primera aborda el tema de la LM, en específico se desarrolla el concepto de LME propuesto por la OMS, además, se presentan los beneficios de la LM y los factores que favorecen o limitan la práctica de la LM y LME en tres momentos críticos: gestación, parto/posparto inmediato y egreso hospitalario. La segunda sección desarrolla el tema de la consejería; inicialmente se expone su concepto, luego se desarrolla el tema de la CLME y posteriormente se presentan los fundamentos teóricos de la consejería. Finalmente, se abordan las bases conceptuales de la fenomenología de la cual se deriva el método fenomenológico, que está referido a la comprensión que privilegia el profundizar en los aspectos de la existencia humana.

1.1 Lactancia materna

1.1.1 Lactancia materna exclusiva

La LME es definida como: la alimentación del niño con leche materna como único alimento, incluida la leche extraída, y no otros líquidos o sólidos, con excepción de gotas o jarabes conformados por vitaminas, suplementos minerales o medicinas (22). La OMS (2002), con base en los resultados de una revisión sistemática (23) sobre de la duración óptima de la LM, estableció como recomendación de salud pública mundial LME durante los seis primeros meses de vida de los lactantes para lograr un óptimo crecimiento y desarrollo. Esta recomendación mundial se sustenta en la evidencia científica de que los lactantes que son amamantados exclusivamente con leche materna durante seis meses experimentan menor morbilidad por infección gastrointestinal que aquellos que no son lactados exclusivamente a partir de los tres o cuatro meses, además, porque no se ha

demostrado ningún déficit en el crecimiento entre los lactantes de países en desarrollo o desarrollados que son amamantados exclusivamente durante seis meses o más (23).

1.1.2 Beneficios de la lactancia materna

Además de los beneficios conocidos de la LME, en los últimos treinta años ha aumentado la evidencia científica sobre los beneficios de la LM en la salud del hijo y de la madre, en el corto y largo plazo. A corto plazo, se ha observado disminución en el riesgo de morbilidad por diarrea e infecciones respiratorias (24), (25), (26), (27), (28), (29). Aproximadamente la mitad de todos los episodios de diarrea y un tercio de las infecciones respiratorias podrían ser evitadas por la LME. Además, se ha observado que la leche materna puede prevenir el 72% de las hospitalizaciones por diarrea y el 57% por infecciones respiratorias. Igualmente, la LME se ha asociado con una reducción del 68% (IC 95% 60; 75) en la ocurrencia de mal oclusiones (30).

Así mismo, se ha evidenciado disminución en la mortalidad causada por estas enfermedades (diarrea e infecciones respiratorias) (31), (32), (33), (34), (35), (36). Estudios en países de bajos y de medianos ingresos mostraron que los niños menores de 6 meses que no fueron lactados tuvieron aumento de 3,5 veces (niños) y 4,1 veces (niñas) en la mortalidad en comparación con aquellos que recibieron LME, y que esa protección para los niños lactados disminuyó con la edad. Estos resultados son soportados por estudios con niños de 6-23 meses, en los cuales la lactancia se mostró asociada a una reducción del 50% en las muertes (30).

La LM también puede proteger contra otras causas de muerte en lactantes de países de altos ingresos. Un metanálisis de seis estudios de alta calidad mostró que la lactancia (alguna vez en la vida) se asoció a una reducción del 36% (IC 95% 19; 49) en la ocurrencia de muerte súbita. Otro metanálisis que incluyó cuatro ensayos controlados randomizados mostró una reducción del 58% (IC 95% 4; 82) en la ocurrencia de enterocolitis necrotizante (30).

A largo plazo, se ha observado asociación entre el consumo de LME y la ocurrencia de desarrollar sobrepeso u obesidad y diabetes tipo 2 (37). De otra parte, varios estudios han demostrado consistentemente asociación entre LME y mayor desempeño en los test de inteligencia, en niños y adolescentes. Un estudio en Brasil de 30 años de seguimiento,

sugirió un efecto de la lactancia en la inteligencia, en la escolaridad alcanzada y en los ingresos en la vida adulta, siendo 72% del efecto de la lactancia sobre los ingresos, explicado por el aumento en el coeficiente intelectual. Por otro lado, una revisión de 18 estudios sugirió que la lactancia está asociada con una reducción de 19% (IC 95% 11; 27) en la incidencia de leucemia en la infancia (30).

Sobre los efectos positivos de la LM en la madre, varios estudios han observado una asociación entre la práctica de la LME o predominante con periodos más largos de amenorrea. También, existe evidencia científica de una asociación inversa entre lactancia y cáncer de mama y de ovario. Cada aumento de 12 meses en la lactancia fue asociado con una disminución de 4,3% (IC 95% 2,9; 6,8) en la incidencia de cáncer de mama. Igualmente, un metanálisis de 41 estudios sobre la lactancia y cáncer de ovario mostró una reducción de 30% (IC 95% 25; 36) de casos asociado con períodos más largos de lactancia. Estudios también han encontrado asociación entre lactancia y menor ocurrencia de depresión en la madre (30). Esto demuestra, que cada vez se obtiene mayor evidencia sobre los beneficios de la LME en la salud y bienestar de la madre.

Como resultado de estos estudios, la práctica de la LM se ha constituido un factor protector para la salud del niño por ofrecer una mayor inmunidad y por ende, una menor exposición a los agentes infecciosos y por aportar al recién nacido todos los nutrientes que este necesita hasta los 6 meses de edad, sin generar costo adicional a la familia. Además, la práctica de la LM se configura como una acción de promoción de la salud, la cual debe ser promovida y apoyada mediante la CLM con el fin de garantizar que las mujeres gestantes estén dispuestas a lactar, favoreciendo la seguridad y confianza de las madres en su capacidad para lactar, de manera que puedan superar las dificultades que se le presentan en los tres momentos críticos para ello, como son: la gestación, parto/posparto inmediato y egreso hospitalario, entendido este último como el momento en que la madre permanece con su hijo en el hogar.

1.1.3 Factores que favorecen o limitan la LM en tres momentos críticos

Se realizó una revisión de literatura, previa a esta investigación, donde se consultaron las bases de datos: LILACS, MEDLINE, BDCOL, DSPACE, ISTECS, TDR, TESEO, DIALNET,

DART, que incluyó 58 artículos publicados en el periodo de 1990 a 2013, en idioma inglés, español y portugués, con el fin de identificar los factores que favorecen o limitan la práctica de la LME, teniendo en cuenta tres momentos críticos definidos para el inicio de la LM y mantenimiento de la LME hasta los 6 meses, como: i) gestación, ii) parto/posparto inmediato y iii) egreso hospitalario (ver anexo A). La identificación de estos factores constituye un insumo fundamental a tener en cuenta durante el proceso de consejería, como apoyo para el inicio y mantenimiento de la LME hasta los seis meses.

Dentro de los factores que se identificaron como favorecedores del inicio de la LM en la gestación fueron: *La experiencia previa positiva* (3), (38), *el menor número de hijos* (39), *la educación en lactancia ofrecida a la mujer*, y *el apoyo social percibido*, los cuales favorecen la confianza de la madre e influyen en su decisión para lactar (4), (39). El último factor, está presente también en el posparto. En dos estudios descriptivos realizados con población multiétnica urbana de bajos recursos económicos en los Estados Unidos (40), (41) se observó que el apoyo social predice significativamente la intención de lactar, incluso más que el conocimiento de los beneficios o la auto eficacia.

Sobre este factor, dos estudios realizados en Colombia, de corte transversal descriptivo, uno en el municipio de Girón, Santander y el otro, en Cartagena (2), (4), reportaron la importancia del apoyo del compañero o esposo de la madre, seguido del personal de salud, la familia, y personas conocidas por la madre. Adicionalmente, un estudio de cohorte prospectivo no aleatorizado de intervención, encontró asociación entre el apoyo del compañero, otros miembros de la familia y los profesionales de la salud para que las mujeres continúen amamantando (42).

Dentro de los factores que se han observado limitan el inicio de la LM durante la gestación, están: *Ser madre fumadora y no abandonar este hábito durante la gestación ni en el posparto* (3), (43). Una de las explicaciones para esto parece estar basado en el efecto de la nicotina sobre la producción de prolactina. Igualmente, se encuentra el uso *de fórmula láctea en el hijo previo, abortos y gestación concebida por métodos de reproducción asistida* (3).

Otro factor que limita el inicio de la LM es la *opinión no favorable hacia la LM por parte de la abuela o el padre* (3). En un estudio de cohorte prospectivo de 3.822 madres en Baviera, Alemania, se encontró que cuando la abuela materna no tiene una actitud favorable hacia el inicio de la LM, aumenta 3,6 veces la probabilidad de no iniciarla (8). Este factor también

se encontró presente en el egreso hospitalario. Adicionalmente, dos revisiones sistemáticas (44), (45) sobre los hallazgos de investigaciones del mundo (países de África, Asia y América Latina) resaltan el papel y la influencia de las abuelas y el hombre, relacionados con las prácticas de nutrición y la atención de las mujeres y la población infantil.

Mientras que los principales factores que se han observado favorecen el inicio de la LM en el parto/posparto inmediato, son: El *conocimiento de la madre de los beneficios de la LM*: Las madres reportan beneficios biológicos e inmunológicos para el bebé y para la madre y *los aspectos psicosociales y afectivos presentes en la relación madre-hijo durante el amamantamiento* (2), (3), (4), (5). Estudios descriptivos mostraron que uno de los factores que se asocian de forma significativa con la práctica de la LM son las buenas prácticas hospitalarias como: alojamiento conjunto, menor tiempo transcurrido entre el nacimiento y el inicio temprano al pecho y la no oferta de biberones (46), (47), (48), (49), (50).

En cuanto a los factores que se han observado limitan el inicio de la lactancia en el parto/posparto inmediato se puede citar *la sensación de insuficiente producción de LM* (3), (6). Por su parte, se sostiene que tener sensación de suficiente leche cuando la madre va a ser dada de alta, puede influir positivamente en el ánimo y motivación de la madre para lactar, lo que puede mejorar su práctica (3).

La sensación de baja producción de leche, puede estar reflejando además, fallas en la técnica y desconocimiento de las madres acerca de la frecuencia que requieren los recién nacidos para recibir la cantidad de leche materna que necesitan, y de la variación de la misma tanto en cantidad como en características, a medida que el niño crece; también pueden reflejar la “angustia” que genera en las madres el pensar que el niño se va a “desnutrir” o “queda con hambre” (2), (3), (4), (7), (51), (52), (53), (54).

También están otros factores como: la *opinión negativa sobre la LM*, por ejemplo, “que esta impide el desarrollo adecuado del niño por su pobreza en nutrientes y porque puede producir anemia” (6), además, se da poca importancia al calostro, lo que hace que se valore la fórmula infantil por encima de este primer alimento para el bebé (5), (7), (45). Igualmente, “*que produce dolor físico y molestia, es agotador, consume mucho tiempo y causa fugas en la ropa*” (5), (43), (46). *La situación socioeconómica de la madre*: sobre el que existen posturas contrarias. Es así, como estudios de cohorte (45), (55), afirman que el menor estrato socioeconómico de la madre es un factor favorecedor del inicio de la lactancia. En

tanto, otros estudios de corte transversal afirman que el mayor estrato socioeconómico favorece el inicio (56), (57).

En cuanto a los factores que favorecen el mantenimiento de la LM al egreso hospitalario se encontraron: *La escolaridad de la madre*. Sobre este factor existen posturas contrarias, estudios de tipo descriptivo transversal reportan que un menor nivel educativo de la madre favorece la práctica de la LME, y dentro de algunas razones encontradas están que las mujeres con mayor escolaridad optan por la alimentación con fórmula como el alimento antes de los cuatro meses (7), (56), (58), (59), (60), (61). En tanto, otros estudios de tipo descriptivo y revisiones sistemáticas, afirman que una menor escolaridad de la madre constituye un factor que afecta el mantenimiento de la LME, dado que el proceso de la lactancia se puede ver obstaculizado por la falta de información o incompreensión de las ventajas sobre la misma (3), (6), (20), (43), (53), (62), (63), (64), (65).

Otro factor que favorece el mantenimiento de la LME, lo constituye *la extracción de la leche*. Así lo concluye un estudio de corte transversal descriptivo llevado a cabo en el municipio de Girón, Santander con 96 mujeres en edad fértil (4). En este estudio se encontró que esta práctica se realiza en más del 80% de mujeres que han tenido hijos.

Igualmente está el *no uso del biberón*. Un estudio de corte transversal destaca, como el factor más asociado a un mayor tiempo de lactancia exclusiva, el hecho de no recibir biberón en el hospital después del parto (21). Otro estudio transversal (66) reportó que los niños quienes usaron biberón abandonaron la LME al final del segundo mes de vida, una revisión sistemática que incluyó 18 estudios observacionales y uno de intervención, encontró que el 50% de los estudios reportaron el uso del chupo o biberón como factor negativo en la duración de la LME (43).

Otro factor es la *asistencia a cursos* (2), (3), (43) y *consejería en LM* (21). Sobre este último, un estudio de corte transversal concluyó la importancia de la consejería, con base en el hallazgo de un alto porcentaje de madres que desconocían los beneficios de la LM para ellas y para sus hijos.

Igualmente, un estudio de cohorte con nacimientos entre enero y agosto de 2006 en la ciudad de Bucaramanga (67) encontró que las madres que tenían conocimientos sobre lactancia tuvieron mayor tiempo de LME que las madres con conocimientos deficientes,

quienes tuvieron dos veces más posibilidad de abandonar la LME durante los primeros seis meses.

Una revisión sistemática de 20 estudios (1995 a 2006, en idioma inglés y restringido a estudios de Estados Unidos) sobre las barreras y facilitadores de la LM entre mujeres trabajadoras de los Estados Unidos (68), concluye que existen aspectos que facilitan la LME, como son:

- Características personales como: forma de ser, tener determinación, compromiso, asertividad, dedicación.
- Extracción de la leche para ser utilizada en ausencia de la madre.
- Apoyo social.
- Trabajo de medio tiempo.
- Separaciones cortas madre-hijo.
- Apoyo en los entornos de trabajo (instalaciones).
- Opciones para el cuidado de los niños, como contar con una ubicación cercana de los niños al trabajo de las madres.

Además, se han relacionado otros factores que favorecen el mantenimiento de la LME, como: *Ingresos familiares bajos* (43), *madres con pareja estable* (53), (69), (70), (71), (72), *no ser jefe de hogar* (2), (73), *familia nuclear* (2), (74), (75) y *multiparidad* (43).

Factores que pueden llevar al abandono precoz de la LME al egreso hospitalario: se han reportado: *La ocupación de la madre*; los estudios han observado que la incorporación de la madre a ocupaciones como el estudio o trabajo, constituye un factor de riesgo para el abandono precoz de la LME (6), (7), (43), (46), (54), uno de ellos, realizado en la ciudad de Medellín (7) afirma que “la madre colombiana solo cuenta actualmente con 96 días de licencia de maternidad, situación que ocasiona que tenga que preparar a su bebé para que reciba otros alimentos antes de ella empezar a laborar, lo que podría reducir el tiempo de la LME”.

Otros estudios concluyen que la práctica de la LME se afecta por la ausencia de facilidades para lactar (76). No obstante, un estudio de corte transversal de Niño et al. (2012) (58) concluye que el trabajo o estudio materno aparece en una muy baja proporción como causa de destete, lo que puede poner en duda el potencial impacto de la licencia de

maternidad. Pero, al igual que en el estudio realizado en la ciudad de Medellín, concluye que “es posible que hubiera algún grado de superposición con la respuesta *decisión materna*, ya que las madres que deben incorporarse en las próximas semanas a un actividad laboral, puede que se "preparen previamente" iniciando una alimentación complementaria”.

En tanto, un estudio transversal cuya fuente de datos fue la encuesta de demografía y salud del año 2003 con participación de 4.320 hogares de cuatro diferentes áreas geográficas de Timor Oriental, país del Sudeste Asiático (56), no encontró asociación alguna con el trabajo de la madre y más bien relaciona el menor nivel de escolaridad de la madre con la práctica de la LM. En el estudio, se observó, que las madres trabajadoras tenían más probabilidades de continuar la LM al final del primer año, pues en el sitio de trabajo había más mujeres no educadas entre las madres empleadas que en las desempleadas. Similares resultados lo reporta un estudio de corte transversal descriptivo, realizado en Nicaragua, que concluye que el trabajo no tiene relación significativa con la prevalencia de la LME (73).

Adicionalmente, lo que lleva al abandono precoz de la LME al egreso hospitalario es el *uso de pezoneras desde los primeros días*. Las madres lactantes pueden utilizar pezoneras por dificultades iniciales, las cuales no deberían impedir una lactancia prolongada si las madres tuvieran el apoyo adecuado. La explicación para el riesgo de abandono de la lactancia podría ser que el mecanismo de succión sobre una pezonera no supone un estímulo tan adecuado para la producción láctea como la succión directa del pezón y areola (3).

Otro factor, que está presente en los tres momentos, es el escaso conocimiento sobre LM por parte de los profesionales de la salud, tal como lo demuestra un estudio de tipo CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas), realizado en el Valle del Cauca, Colombia (5), que concluye que la participación prenatal o perinatal de los funcionarios de los hospitales en el conocimiento y la actitud de las mujeres gestantes o púerperas es críticamente baja. Igualmente, sobre la consejería dada por los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, parteras), una revisión sistemática con análisis temático (77) hecho con 40 estudios desde 1950 a 2008, que buscó describir las barreras en la CLM desde los profesionales de la salud, encontró como aspectos que pueden llevar al abandono precoz de la LME:

- Falta de conocimiento por parte de los profesionales de la salud.
- Mensajes contradictorios emitidos por los profesionales de la salud.
- Limitados recursos humanos, gran volumen de trabajo y falta de tiempo para la orientación y el seguimiento.
- Falta de habilidades en consejería.
- Actitud negativa del consejero.
- Falta de interés para promover la LME. Este aspecto también es reportado en otros estudios (6), (62).

Otros factores que pueden llevar al abandono precoz de la LM están: *el estado de salud de la madre y el niño* (2), (4), (7), (58), (78). *La edad de la madre*, a menor edad de la madre, mayor es el riesgo de abandonar la LM (7), (62) y *planear la lactancia por un tiempo menor a 6 meses*, de manera que es posible que la madre tenga dentro de los planes alimentarios, la alimentación con fórmula infantil (3), (6).

En síntesis, de esta revisión se puede concluir que existen múltiples factores que pueden favorecer o limitar la práctica de la LME pero lo que es importante destacar, es que existe un factor común que favorece la LM en los tres momentos y es el apoyo recibido por la madre para lactar, lo que sustenta la importancia de la CLM en cada uno de los tres momentos. La limitante, que es común en los tres momentos, es la escasa participación del personal de salud en el apoyo que debe recibir la madre, representada por limitados conocimientos, actitud negativa o carencia en el desarrollo de habilidades para realizar la consejería.

Es importante destacar que, la identificación de los factores que favorecen y limitan la práctica de lactancia en los tres momentos críticos para el inicio y mantenimiento de la LME hasta los 6 meses, es fundamental y en esta investigación se constituyen en una importante razón para considerar que deben ser abordados desde la consejería, para acompañar a la madre en la decisión para iniciar la lactancia y mantenerla de manera exclusiva hasta los seis meses.

1.2 Consejería

1.2.1 Concepto de consejería

El término consejería se ha vinculado a varias situaciones, tales como: “Proporcionar información, dar consejos, criticar, elogiar, alentar, dar sugerencias e interpretar al cliente el significado de su comportamiento. La palabra ha evolucionado desde el castigo y la coerción hasta la relación permisiva que proporciona la liberación emocional del individuo y facilita su desarrollo” (79).

Scheeffer (1987) define la consejería como “la relación cara a cara de dos personas, en la que de forma dinámica, una de ellas es ayudada a resolver dificultades de orden educacional, profesional, vital y a utilizar mejor sus recursos personales”. Por su parte McKinney et al (80) define consejería como “una relación interpersonal en la cual el consejero ayuda al individuo en su integridad psicológica para ajustarse más efectivamente así mismo y a su entorno”.

La definición más reciente avalada por la American Counseling Association ACA (2010), establece que la “Consejería es una relación profesional que apodera a personas diversas, familias y grupos para lograr la salud mental, el bienestar, la educación y las metas ocupacionales” (ACA, 2010). Los delegados de la ACA establecieron que dicha definición sirve como marco de referencia básico, y que “cada organización participante tiene la potestad de añadir más contenido, que detalle y brinde información adicional sobre la especialidad en particular” (79).

Es decir, la consejería es un concepto dinámico, cambiante y adaptable a distintas situaciones o circunstancias de un individuo o grupo de individuos para lograr fines determinados, como el caso de esta investigación, la promoción y apoyo a la práctica de la LME. Todos los conceptos sobre consejería tienen en común que es un proceso que implica interrelación entre dos o más personas, que es un acto comunicativo, y que se requiere de la apropiación de conocimientos y del desarrollo de actitudes y habilidades por parte de quien realiza este proceso.

Los resultados de la exploración de las teorías en consejería muestran en la literatura un uso indistinto entre Consejería y Psicoterapia, que imposibilita hacer una clara distinción entre ellas. La complejidad que encierra la Psicoterapia se considera como una de las

causas de la falta de claridad o de diferencias significativas entre las dos materias (81). Tanto así, que hay autores que consideran que no hay diferencias esenciales entre Consejería y Psicoterapia (81), (82).

Sharf, (2010) (82) afirma que “la psicoterapia y la consejería es la interacción entre un terapeuta / consejero y uno o más clientes / pacientes. El objetivo es ayudar al paciente / cliente con problemas que pueden tener aspectos que están relacionados con trastornos del pensamiento, el sufrimiento emocional, o problemas de comportamiento. Los terapeutas pueden usar su conocimiento de la teoría de la personalidad y la psicoterapia, o la consejería para ayudar al paciente / cliente a mejorar su funcionamiento. El enfoque del terapeuta para ayudar debe ser legal y éticamente aprobado”.

Ha habido muchos intentos por diferenciar la psicoterapia de la consejería. Es así, como algunos autores han sugerido que la consejería se utiliza con los individuos normales y la psicoterapia con los que están gravemente perturbados (Sharf, 2010) (82). Otra distinción es que la consejería es educativa e informativa mientras que la psicoterapia es facilitadora (Corsini, 2008, citado por Sharf, 2010). También se sugiere que los psicoterapeutas trabajan en hospitales, mientras que los consejeros trabajan en entornos tales como escuelas o clínicas de orientación. Gelso y Fretz, 2001 (citados por Sharf, 2010) describen un continuo que va desde un trabajo relativamente breve, que es situacional o educativo en un extremo y a largo plazo (consejería) hasta un trabajo en profundidad buscando reconstruir la personalidad en el otro extremo (psicoterapia). Entre estos dos extremos, la consejería y la psicoterapia se solapan.

1.2.2 Consejería en LME

En el caso concreto de la CLM, su estudio se ha enfocado en la lactancia materna de manera general y no se centra en la LME. Igualmente, en diversos estudios de investigación se identifica que tanto los términos utilizados como las estrategias de consejería varían. El contexto cultural, momento de la publicación y la interacción entre los profesionales de salud y los cuidadores definen el uso del concepto apropiado (77).

Según Laanterä (77) la consejería en LM “es el conocimiento relacionado con el manejo de la LM y la resolución de problemas potenciales o necesidades identificadas por la mujer o el profesional de salud con relación al inicio y mantenimiento de una lactancia efectiva y

placentera. También contar con ciertas habilidades para interactuar con la madre y observar y evaluar la situación de la madre y del hijo. La madre lactante puede ser apoyada por los profesionales de la salud, por los familiares, amigos y trabajadores voluntarios, quienes pueden ofrecer diferentes tipos de apoyo”.

Este concepto abarca el aspecto teórico y práctico de la CLM, pero no contempla un manejo centrado en la mujer, ni la consejería durante la gestación, momento importante en la toma de decisiones de la mujer para el inicio y mantenimiento de la LME hasta los seis meses.

Con relación a la CLM por pares, según Donna J (2004), esta se define como "la entrega de la ayuda y el estímulo por un individuo considerado igual". Es decir, la ayuda por parte de mujeres de la comunidad quienes han experimentado éxito en la lactancia, han recibido capacitación sobre la lactancia y han trabajado con mujeres de características culturales, demográficas y socioeconómicas similares para promover el resultado positivo de la lactancia (83).

En Colombia la CLM se imparte mediante la iniciativa IAMI y sus adaptaciones: Salas Amigas de la Familia Lactante y Salas Amigas de la Familia Lactante en el entorno laboral, donde se asume la consejería como “orientación a las madres sobre la mejor manera de alimentar a sus hijos, prevenir y resolver problemas de lactancia respetando siempre sus creencias y apoyando sus decisiones” (84).

Desde la acreditación de los primeros siete Hospitales Amigos de los Niños en Colombia¹ (año 1992), se ha realizado formación en CLM a profesionales del país mediante el uso de los Manuales de CLM de la OMS, como apoyo a la iniciativa.

En el año 2002, la OMS y UNICEF lanzan la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, cuyo reto es el de garantizar la alimentación apropiada a los niños del mundo. Para apoyar este compromiso, la OMS/UNICEF asume la coordinación para la elaboración del “Curso Integrado de Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”, que retoma y actualiza en gran parte los cursos anteriores sobre lactancia materna, alimentación complementaria y VIH, para la formación en consejería a

¹ Hospital Occidente de Kennedy, Instituto Materno Infantil, Hospital de Fontibón, Clínica de Maternidad Rafael Calvo, Hospital Erasmo Meoz, Hospital Andrés Bello y San Jorge.

profesionales de la salud y grupos de apoyo comunitario. Este curso tiene como objetivo entrenar al profesional de la salud en algunas habilidades específicas para facilitar la comunicación y alcanzar una acción constructiva, considerando las bases fisiológicas de la lactancia. El curso cuenta con una carga horaria de 40 horas y ofrece estrategias didácticas de comunicación entre profesionales de la salud o consejeros y la madre (85).

Otras estrategias utilizadas para realizar la CLM es la combinación de apoyo ofrecido por el personal de salud y grupos de apoyo comunitario. En este sentido, diversos estudios indican que el apoyo a la madre, brindado por personal de salud y grupos de apoyo comunitario es efectivo para alcanzar la duración óptima de la LME y la duración total (12), (17), (18), (19). Igualmente, se ha observado que los cursos de formación en Consejería de la OMS/UNICEF son efectivos para el entrenamiento profesional por cuanto los participantes adquieren las habilidades de consejería (86), (87), sin embargo, otro estudio que ratifica igualmente la efectividad del Curso, concluye que para que los mismos pasen a aplicar lo aprendido en la práctica, es necesario reforzar el manejo clínico de la lactancia y también realizar una supervisión continuada (85).

En el año 1993, la OMS definió la CLM así: “la consejería a una madre no es decirle lo que debe hacer, es ayudarla a ella a que decida lo que es mejor para ella. Es escucharla y tratar de entenderla sobre cómo se siente. Es ayudarla a desarrollar la confianza, de modo que ella mantenga el control de su situación” (88).

Sin embargo, con base en los factores que favorecen y limitan la práctica de la lactancia materna, identificados anteriormente y teniendo en cuenta la importancia del acompañamiento que debe ofrecerse a la madre en los tres momentos: gestación, posparto inmediato y egreso hospitalario, que han sido reportados en diferentes estudios (4), (39), (40), (41), por las dificultades que puede enfrentar la madre para lactar exclusivamente, es posible encontrar que el concepto de la OMS no es un concepto concluido, que es posible modificarse o mejorarse. Por lo que la investigadora propone el siguiente concepto para la CLME:

“El apoyo a la mujer para que desarrolle confianza, seguridad en sí misma y capacidad para lactar, con comprensión y respeto de sus necesidades, de manera que pueda decidir qué es lo mejor para ella y su hijo, para que planea el inicio de la lactancia, supere las inquietudes y dificultades que se puedan presentar y le permita vivir una experiencia plena con la lactancia”.

1.2.3 Fundamentos teóricos de la consejería

La consejería surge como una profesión de ayuda y como servicio con Parsons y la consejería vocacional, hoy día consejería ocupacional. En 1908 Parsons, padre de la orientación, o “guidance”, fundó el National Vocational Bureau en Boston, una organización que luego se expandió por varias ciudades y cuyo fin era trabajar con personas jóvenes en el proceso de selección ocupacional. Su origen se debió a la necesidad de suplir un servicio de orientación en ese momento, que puso más énfasis en ofrecer información o consejo (79).

Antes de la década de 1950 se dio énfasis a la aplicación de test psicológicos y las pocas teorías de consejería se derivaban de la teoría del psicoanálisis de Freud. Desde ese momento ha habido un marcado aumento en el número de teorías que los terapeutas han desarrollado para ayudar a las personas con disfunciones psicológicas (82). Actualmente, la amplia base teórica y empírica de la consejería, reconoce más de 400 modelos teóricos aunque solo se estudian los más conocidos (Corsini, 2008 citado por (Sharf, 2010)).

Los modelos teóricos iniciaron con las *teorías psicoanalíticas - psicodinámicas* con una perspectiva intrasíquica, en torno a la visualización de los problemas que enfrenta el ser humano y que se establecen en la infancia. Sus exponentes enfatizaron la importancia de la adaptación al medio ambiente, las relaciones tempranas entre el niño y la madre, y cambios en el desarrollo que recibe uno mismo a expensas de las relaciones significativas con los demás. Todos estos puntos de vista de desarrollo hacen uso de los conceptos de Freud de los procesos inconscientes y, en general, su estructura de personalidad (ello, yo, superyo (Sharf, 2010)). La tarea del profesional de la consejería es ayudar al cliente a descubrir cómo el pasado interviene con el presente.

Los máximos exponentes de la Teoría del Pscoanálisis son Sigmund Freud, fundador de la teoría y Erik Erikson. También dentro de las teorías psicoanalíticas - psicodinámicas se encuentran la psicología individual representada por Alfred Adler, la teoría analítica de Carl Gustav Jung y la psicología del ego de Karen Horney (79).

Surge luego la *Teoría Conductista* y, posteriormente, la Cognitiva-Conductual, con su énfasis en el procesamiento de la información y en la parte cognitiva-afectiva al acceder a los sentimientos. Los sistemas de creencias y el pensamiento se consideran importantes en la determinación y afectación de la conducta y los sentimientos (79). En sus inicios, la

teoría conductista permeaba la manipulación del ambiente y obtención de refuerzos para lograr la conducta deseada, lo que llevó a tildarla inicialmente como un enfoque frío y mecanicista. Pone énfasis en la conducta medible y del ambiente. Para la década de los 60s comienza un énfasis en procesos internos como el pensamiento, por lo que se mueve a cognitiva-conductual (79).

Los terapeutas cognitivos utilizan un método estructurado para ayudar a sus clientes a comprender sus propios sistemas de creencias y hacen uso de estrategias afectivas y conductuales (82).

Algunas teorías destacadas son el condicionamiento clásico de Iván Pavlov, quien inspiró al psicólogo John Watson, exponente del conductismo. Otras teorías son el condicionamiento operante de B. F. Skinner, la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y dentro de la teoría cognitiva-conductual se encuentran Meichebaum, D'Zurilla, Ellis, Beck, Glasser, entre otros.

Lo que se observa en las anteriores teorías es un manejo de la persona como paciente, bajo una orientación conductual por parte de un terapeuta quien se constituye como el eje de la relación en la consejería.

La Teoría del Humanismo marca un giro en la consejería al tornarse el cliente el centro de la relación. Según esta teoría, los seres humanos son personas pensantes y responsables que son capaces de elegir entre sus opciones; no están fragmentados. Cada persona nace con un potencial para el desarrollo y además, comprender a la persona conlleva percibir su mundo a través de sus ojos; o sea, entrar y “vagar” en forma cómoda por su mundo sin juzgarlo (79).

Se destacan dentro de este modelo el enfoque existencial con sus máximos exponentes: Frankl, May, Yalom, Maslow y filósofos europeos como Buber, Camus, Sartre, Tillich, Nietzsche, Kierkegaard, entre otros.

También se destacan, la teoría Gestalt de Fritz Perls y la Teoría Centrada en la Persona de Carl Rogers. Esta última hace énfasis en la relación de ayuda y en la importancia en el cliente como persona, en el ser humano en sí mismo y su potencial de desarrollo, además de la comprensión y el respeto por su visión de mundo, sin que los profesionales emitan un juicio. Esas actitudes están dirigidas a la modificación positiva del comportamiento del

individuo, a fin de que el aconsejado "se torne persona" un ser humano libre, capaz de encontrar una solución para sus dificultades, tomar opciones constructivas y autocomprenderse (89).

En los últimos tiempos han surgido otros modelos teóricos, como los multiculturales, sistémicos o de familia, terapia breve y el humanismo constructivista (dentro de los que se pueden mencionar algunas teorías: teoría centrada en soluciones, teoría constructiva personal, y la narrativa). Otros modelos que se destacan: el multimodal de Arnold A. Lazarus, el transpersonal de Maslow, Wilber y Assagioli y el feminista de Carol Gilligan, y otros.

También existe una propuesta de integración de los modelos teóricos, lo que Prochaska y Norcross (2007), citado por Rosado, 2011 llamaron un Modelo Transteórico de Terapia, en contraposición a seguir creando nuevos paradigmas ante la multiplicidad de enfoques existentes.

Teoría Centrada en la Persona de Carl Rogers

De los modelos teóricos presentados anteriormente, *se acoge para esta investigación, la Teoría Centrada en la Persona de Carl Rogers*, por considerar que constituye la base teórica para una conceptualización específica de CLME y que puede ser llevada a la práctica en los tres momentos.

Esta teoría presenta una serie de principios que es posible adaptar al acompañamiento a la gestante o mujer en lactancia y es que en la consejería, el orientado o el cliente debe ser visto como una persona y no como un problema. Además, según ésta teoría las personas poseen, en potencia, la capacidad de resolver, ellas mismas sus dificultades, desde que les sea proporcionada una oportunidad y atmosfera adecuada, o sea, una ayuda (90). En el caso de la mujer gestante, es importante el acompañamiento y apoyo del compañero, madre o un familiar cercano y/o del profesional de salud (2), (39), (40), (41), (42) para que la mujer se motive, resuelva sus inquietudes sobre la lactancia y planee el inicio de la misma y su mantenimiento hasta los seis meses de forma exclusiva.

En el caso de la madre en lactancia, se espera que la mujer que ha recibido el acompañamiento y apoyo necesario durante la gestación y durante el parto inmediato, tenga el conocimiento, la seguridad y confianza en sí misma para exigir el inicio temprano (dentro de la primera hora) de la lactancia (2), (3), (4), (5), (46), (47), (48), (49), (59), (67)

y al egreso hospitalario, pueda mantener la LME hasta los seis meses y continuarla con alimentación complementaria hasta los 2 años o más, a pesar de las dificultades que se le presenten como la incorporación al estudio, al trabajo, la publicidad de sucedáneos de la LM y la opinión desfavorable de algunas personas a su alrededor, entre otras (2), (3), (4), (6), (21), (42), (43), (68).

Rogers desarrolla la *teoría de las actitudes facilitadoras*, según la cual el psicoterapeuta debe presentar tres condiciones para que ocurra el crecimiento del cliente y que son las condiciones necesarias y suficientes para que ocurra un cambio constructivo de personalidad, y aunque ningún psicoterapeuta tiene estas características en grado extremo, se deben establecer como objetivos deseables o características ideales: *empatía*, *aceptación positiva incondicional* y *congruencia*.

La *empatía o comprensión* es la capacidad que debe tener el consultor para experimentar “un entendimiento exacto y empático del mundo del cliente como si fuera su propio mundo, pero sin perder la cualidad del «como si»”. La *aceptación positiva incondicional* consiste en el respeto absoluto, por parte del psicoterapeuta, a la individualidad del cliente. Tal actitud implica un respeto positivo por el cliente como persona digna. Implica también un cariño y un afecto hacia él, un «aprecio por él» (81).

La *congruencia o autenticidad*, es descrita como el grado de correspondencia entre la experiencia del terapeuta y lo que comunica al cliente, siendo el mismo en la relación terapeuta-cliente; es decir, el terapeuta es él mismo, es coherente consigo mismo, no existe contradicción entre lo que él es y lo que dice. Se da perfecta cuenta y acepta sus propios sentimientos, desea vivir y expresar estos sentimientos y actitudes en los momentos apropiados, tanto con palabras como con actos. El consejero es real, auténtico, no representa ningún papel (89), (90), (91).

Según Martínez (2016) (92) “la *Teoría Centrada en la Persona* tiene una tradición de investigación e innovación, desde su misma fundación en 1940, quizá superior a cualquier otra orientación psicológica, ya sea tratando de comprender mejor la investigación y la ciencia y desafiando su paradigma tradicional como logrando mejorar la práctica de la psicoterapia. De esta manera, se fue estructurando la teoría, la cual se revisaba periódicamente, y se pudo desarrollar y afianzar una práctica más eficaz. Por ello, la investigación es una tradición que ha acompañado siempre a este enfoque, y el método utilizado ha sido prevalentemente el fenomenológico”.

1.3 Fenomenología

Es aceptado por la comunidad científica que la Fenomenología es un método, filosófico y/o científico. El vocablo Fenomenología tuvo su origen en la cultura alemana del s. XVIII por el filósofo J.H. Lambert (1728-1777), al investigar sobre el tema de las apariencias, pero no se aplicó antes de Edmund Husserl (1859-1938) en el siglo XX a la metodología investigativa. En sus *Investigaciones Lógicas*, Husserl concibió la Fenomenología como un método analítico descriptivo de las vivencias del pensamiento depuradas de elementos empíricos, que interpreta la realidad mediante la reducción. Husserl no dio al término “fenómeno” el significado vulgar de aquello que se manifiesta, sino el de objetos intencionales, que son, en efecto, los actos intencionales de la consciencia (93).

Algunos de sus continuadores inmediatos han retomado el espíritu de Husserl, intentando un diálogo más directo y sostenido con las ciencias sociales, y asumiendo cada uno una postura crítica y redefiniendo la fenomenología, es así como se encuentran Merleau-Ponty y la fenomenología descriptiva, Schutz y la psicología fenomenológica o fenomenología de la actitud natural y Heidegger con la Fenomenología ontológica (94).

La fenomenología, tal como la discutió Husserl (1931), es un retorno al mundo vivido, el mundo de la experiencia que, como él ve, es el punto de partida de toda ciencia. El enfoque de la fenomenología generalmente es describir con precisión las experiencias vividas de las personas. La investigación fenomenológica es, pues, el estudio de un fenómeno de la vida tal como se vive y experimenta (95). La fenomenología no busca relaciones causales, busca obtener una comprensión profunda de la naturaleza o el significado de las experiencias cotidianas, en el caso de esta investigación, se quiso conocer la vivencia de las madres en la CLM desde la gestación hasta el egreso hospitalario.

Es posible encontrar en la literatura diversas explicaciones a las diferencias que existen entre la fenomenología de Husserl (trascendental) y la fenomenología heideggeriana (interpretativa). Estas diferencias se centran en especial en dos aspectos: el primero es el *grado en que es posible suspender el pre-conocimiento y la presuposición*. Según la fenomenología husserliana, es esencial para el investigador despojarse de todo conocimiento personal previo para captar las experiencias vitales esenciales de aquellos que están siendo estudiados. Esto significa que el investigador debe desnudar activamente su conocimiento de todo conocimiento experto anterior, así como sesgos personales (96).

Los fenomenólogos descriptivos han propuesto técnicas específicas para lograr este fin, como la reducción fenomenológica. La reducción implica que el investigador mantenga en suspenso ideas, preconcepciones y conocimientos personales al escuchar y reflexionar sobre las experiencias vividas de los participantes (96).

Para Heidegger (1962), es imposible librar a la mente de los antecedentes de comprensión que ha llevado al investigador a considerar un tema digno de investigación. El conocimiento de un investigador de la literatura de investigación es lo que le lleva a la realización de que la investigación es necesaria en un área que no se estudia. Es la base de conocimiento del investigador que conduce a las ideas específicas sobre cómo la investigación necesita proceder para producir conocimiento útil (96).

El segundo aspecto diferencial es que *el significado se puede ver en términos de representación de una realidad independiente*. Para Husserl, la realidad es considerada objetiva e independiente de la historia y el contexto. La creencia de que las esencias pueden ser abstraídas de las experiencias vividas sin una consideración del contexto refleja los valores de la ciencia tradicional y representa el intento de Husserl de hacer de la fenomenología una ciencia rigurosa dentro de la tradición predominante (96). Husserl (1970) articuló la idea de la autonomía radical. Esto significa que los humanos se consideran agentes libres que tienen la responsabilidad de influir en su medio ambiente y cultura. El impacto de la cultura, la sociedad, y la política sobre la libertad de elección del individuo no son centrales en el pensamiento de Husserl (96).

Para el pensamiento de Heidegger (1962) la relación del individuo con su mundo de la vida debe ser el foco de la investigación fenomenológica. *Heidegger usó el término mundo de la vida para expresar la idea de que las realidades de los individuos están invariablemente influenciadas por el mundo en el que viven*. Otro término, ser-en-el-mundo, fue utilizado por Heidegger para enfatizar que los humanos no pueden abstraerse del mundo. Por lo tanto, no es el contenido puro de la subjetividad humana lo que constituye el foco de una investigación hermenéutica, sino más bien lo que las narrativas del individuo implican sobre lo que él o ella experimenta todos los días (96).

La fenomenología como método propone que un fenómeno puede ser descrito o interpretado en lugar de ser explicado o tener sus relaciones causales buscadas, y se centra en las mismas cosas como se manifiestan. La fenomenología estudia la experiencia

consciente como experimentada desde el punto de vista subjetivo o de primera persona (Cardoso (97) cita a Van Manen, 1990).

Un enfoque fenomenológico identifica temas o estructuras que se derivan de las historias de los participantes para responder a preguntas como "¿cómo fue para usted?" Así, una construcción fenomenológica de la CLME podría tener como objetivo obtener una comprensión más profunda de la naturaleza o el significado de las experiencias de las madres (Cardoso (90) cita a Van Manen, 1990).

2. Metodología

2.1 Tipo de estudio

El enfoque metodológico que siguió la investigación fue la de método mixto, porque se integran dos metodologías (cualitativa y cuantitativa). En esta investigación se cumplen las tres condiciones para cualquier combinación metodológica propia de una investigación de método mixto: (a) se combinan al menos un método cualitativo y un método cuantitativo; b) cada método se utiliza rigurosamente; y c) se integran la recolección de datos y / o los análisis de datos y / o los resultados (98).

Siguiendo a Grinnell (1997) (99), en este enfoque de método mixto, la investigación se desarrolló en dos etapas. En la primera etapa se realizó un estudio de tipo cuantitativo-transversal descriptivo y en la segunda etapa se aplicó un diseño cualitativo con aproximación al enfoque fenomenológico de Heidegger. Tanto la metodología como los resultados, se presentan para cada etapa y al final, se integran los resultados de las dos etapas para lograr una visión complementaria del fenómeno estudiado y dar cumplimiento al objetivo general de la investigación. La figura 2-1 describe la metodología de la investigación.



Diagrama 2-1 Metodología de la investigación.

2.2 Primera etapa

Para dar cumplimiento al objetivo de la primera etapa se realizó un estudio descriptivo transversal. Se utilizó este método para contar con un panorama de la situación de la CLME en las instituciones de salud acreditadas como IAMI en el año 2014, en la ciudad de Bogotá, en el actual contexto del sistema de salud colombiano.

Para esta investigación se seleccionaron las IAMI, por considerar que es una iniciativa que busca recuperar la práctica de la LM, mediante acciones de promoción, protección y apoyo

a la lactancia natural en las instituciones con atención materna e infantil, a través del cumplimiento de “Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural” (100) y porque dentro de los “Diez Pasos”, se contempla la CLM como una herramienta educativa para apoyar a la madre y a la familia, sobre la mejor forma de alimentar a sus hijos, comprendiendo lo que ellas sienten, ayudándoles a tomar decisiones informadas y respetando sus creencias, necesidades y autonomía. Herramienta que se corresponde con el concepto de consejería en LME que se asume en este estudio.

La iniciativa IAMI implica un trabajo continuo de mejoramiento de procesos de atención por parte de las instituciones de salud, de tal forma que, la acreditación que se otorga en un momento dado (a través de un proceso de evaluación externa estandarizado internacionalmente), debe ser mantenida y renovada, lo que requiere el compromiso con un proceso continuo de evaluación y reacreditación, tanto de parte de las entidades territoriales como de las Instituciones Prestadoras de Salud.

La metodología utilizada para la recolección de la información fue mediante la aplicación de un cuestionario semiestructurado. La información se registró mediante el autodiligenciamiento o por parte de la investigadora principal de esta investigación (cuando no fue posible el auto-diligenciamiento). La información obtenida a través de este cuestionario incluyó: i) Información general de la institución de salud y del consejero en lactancia; ii) información sobre la formación en CLME recibida por el consejero; iii) descripción de la metodología como se realiza la CLME en la institución de salud; iv) conocimientos del consejero en lactancia sobre la CLME.

2.2.1 Población de estudio

La población estudio estuvo conformada por las 17 instituciones de salud que fueron acreditadas como IAMI en el año 2014 en la ciudad de Bogotá: 11 privadas y 6 públicas. Para la muestra se seleccionó el universo y aceptaron participar 12 (71%) IAMI de la ciudad de Bogotá.

Para la selección del personal de salud en las IAMI se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Haber sido formado en consejería en LM según los lineamientos de la OMS, los cuales fueron adoptados por Colombia a partir del año 90, para realizar la CLME en las IAMI o
2. Personal de la salud con dedicación mínima de tres meses como consejeros en LM.

Como criterios de exclusión se consideró personal de salud formado en CLM que en el momento de la investigación no se desempeñaba en el cargo de consejero en LM.

La selección del personal de salud que cumplía los anteriores criterios, estuvo a cargo de las coordinaciones o jefaturas del servicio materno infantil o de nutrición de las instituciones de salud. El personal de las instituciones se seleccionó de las siguientes unidades: sala de partos, unidad neonatal, maternidad, sala de extracción y consulta externa, lugares donde existe mayor contacto entre la madre y el personal de salud.

En esta etapa de la investigación se incluyeron las siguientes variables de análisis:

Variable dependiente: La CLME. Medición:

- Actividades de CLME realizadas en los tres momentos: gestación, posparto y egreso hospitalario y que hacen parte de la experiencia que viven las madres durante la consejería.
- Material usado en la CLME.
- Dificultades para realizar la CLME.
- Conocimientos sobre CLME.

Variables independientes:

- Características de la institución de salud (nivel de atención, tipo de institución: pública o privada).
- Formación en consejería del personal de salud (tiempo, temáticas, metodología) y tiempo de experiencia como consejero.
- Número de profesionales que trabajan en la institución que brindan apoyo a las madres en lactancia.
- Tipo de vinculación laboral y tiempo de jornada laboral.
- Conformación de comité de lactancia y grupo de apoyo en LM.
- Inquietudes y problemas de la madre, identificados en la CLME.

2.2.3 Análisis de la información

Para el análisis de los resultados de las variables cuantitativas se hizo uso de la estadística descriptiva mediante promedios, frecuencias y proporciones.

Para el análisis de las preguntas abiertas, se agruparon en temáticas las diversas respuestas dadas por el personal de salud. La tabla 2-1 presenta estas temáticas con los significados que ellas representan.

Tabla 2- 1: Temáticas obtenidas de las preguntas abiertas y su significado

Temáticas	Significado
Beneficios de la lactancia materna	Ventajas; importancia; valor nutricional de la LM; importancia de la exclusividad de la LM hasta los 6 meses de edad; importancia del calostro; vínculo afectivo; características de la LM; economía familiar; consecuencias de no lactar.
Técnicas de lactancia materna	Como colocar el bebé al seno, adecuado agarre y succión efectiva, postura al seno; masaje en los senos.
Técnicas de consejería	Habilidades de comunicación: cómo preguntar y llegar más fácil a la mamás; escuchar, entender y comprender; cómo abordar a la madre; apoyo que se brinda a la madre para que no suspenda la lactancia.
Fisiología de la glándula mamaria	Condición de seno/pezón: tipos de pezones.
Dificultades con la lactancia	Congestión mamaria, pezones lacerados.
Legislación y normativa en LM	Aspecto legislativo y normativo relacionado con LM a nivel nacional e internacional. Incluye estrategia IAMI, CICSLM.
Duración de la lactancia	Exclusividad hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta los dos años.
Extracción y conservación leche	Temas relacionados con técnicas de extracción, almacenamiento y transporte de la leche materna. Incluye todo el proceso y también cuando se responde una parte de este, es decir: extracción solamente o conservación solamente.

2.2.2 Recolección de información

Para la recolección de la información relacionada con la CLME se diseñó un cuestionario de preguntas cerradas y abiertas (ver anexo B). Las preguntas cerradas contemplaban aspectos como: información general del consejero, formación en CLM (intensidad horaria), forma de realizar consejería (frecuencia, a quien la realiza, momento en que la realiza) y las preguntas abiertas correspondían a la justificación de las respuestas dadas a las preguntas cerradas, y a otras que complementaban las preguntas cerradas, como: dudas y problemas que presentan las madres durante la consejería, estrategias usadas en la consejería, significado de la CLME, barreras que se presentan en el desarrollo de la consejería y competencias que debe tener un consejero.

El diseño final del cuestionario responde en lo teórico a los lineamientos establecidos por la OMS en la Guía de Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado de la OMS, 2009 y a los aspectos conceptuales desarrollados en esta investigación. En lo metodológico, corresponde a lo obtenido luego de realizar la prueba piloto del cuestionario, con profesionales de la salud formados en CLM, según los lineamientos de la OMS.

La prueba del cuestionario tuvo una duración de cuatro meses, se realizó en tres momentos e incluyó a: i) 4 nutricionistas dietistas, ii) 5 nutricionistas dietistas y 1 enfermera jefe) y iii) 1 nutricionista dietista y 1 enfermera jefe; con una duración de 30 minutos cada uno. La prueba se hizo en las instituciones donde laboran los profesionales. Durante el proceso se identificaron los vacíos y se realizaron los ajustes requeridos al cuestionario, que llevaron al diseño final del cuestionario.

Previo a la aplicación del cuestionario definitivo, se realizó la lectura y firma del consentimiento informado por parte del personal de salud en las IAMI (ver anexo C). Durante la aplicación se hizo control de calidad del dato a cargo de la investigadora principal, donde se verificó que el cuestionario hubiese sido diligenciado de forma completa y clara.

Luego se procedió a realizar una base de datos en Microsoft Excel con la información recolectada. Para la elaboración de la base de datos se hizo uso de las siglas de cada IAMI y se codificaron los datos asignando un número de orden a cada consejero participante por institución, con el fin de mantener la confidencialidad de la información.

Nuevamente se hizo control de calidad del registro de los datos en la base, de manera que todas las casillas quedaran diligenciadas en su totalidad y que no presentaran errores de digitación. Posteriormente se exportó la información cuantitativa y cualitativa de la base de datos al Software N-Vivo versión 10² para realizar el análisis del dato tanto cuantitativo como cualitativo.

2.3 Segunda etapa

Para dar cumplimiento al objetivo de la segunda etapa, la metodología utilizada para la recolección de la información fue de tipo cualitativo con aproximación al enfoque del método fenomenológico. Se utilizó este método por dos razones: i) porque la CLM está sustentada en la Teoría Centrada en la Persona, como Teoría Humanista y porque esta comparte sus bases filosóficas y epistemológicas con la fenomenología (81) y ii) por consiguiente, los planteamientos y pregunta de investigación buscaban ser explorados a partir del encuentro auténtico y dialógico con las mujeres, quienes tuvieron la experiencia de la CLM desde la gestación hasta el egreso hospitalario.

El método fenomenológico se acerca a la comprensión de las experiencias individuales subjetivas de los participantes, por lo que, este enfoque plantea como aspecto metodológico el uso de la entrevista como un recurso para buscar, en el discurso de los sujetos, los significados atribuidos por ellos a su experiencia frente a una determinada situación. Por ello, el objetivo de la misma no es recopilar informaciones o conocimientos adquiridos, sino sorprender lo vivido en el presente, a partir de la cuestión orientadora. El investigador actúa como facilitador del acceso a lo vivido, lo que es fundamental para la investigación fenomenológica (101).

Para llevar a la práctica este enfoque, se hizo un acercamiento al método fenomenológico heideggeriano. Este método presenta dos instancias: la ontica y la ontológica.

_ La ontica busca la descripción del hecho y remite al **ente**, un qué conocido, que podemos determinar y conceptuar. **Ente** es: “todo de lo que hablamos, entendemos, con que nos comportamos, lo que y como nosotros mismos somos”. Ese ente, se designa con el término

² Herramienta de apoyo usado para el análisis cualitativo de datos y se fundamenta en el principio de la codificación y almacenamiento de textos en categorías específicas (106).

“Dasein”. Según Escudero (102), Heidegger entiende el término “Dasein” en un sentido literal. El hombre es el lugar (Da) donde se manifiesta el ser (Sein). El hombre está ahí, en la apertura del mundo, pero está ahí como el ahí del ser, como el lugar óntico donde el ser se revela, como el ente ejemplar en el que el ser adviene la luz, como “la morada de la comprensión del ser”.

_ La ontológica busca la comprensión del fenómeno y remite al **ser**, un quien desconocido.

Para Heidegger (102), el hombre es un ente cuestionador, que dialoga con el mundo. Heidegger identifica tres momentos estructurales esenciales: lo puesto en cuestión, lo interrogado y lo preguntado.

i) Lo puesto en cuestión o lo cuestionado es aquello por lo que se pregunta, en el caso de esta investigación, es el ser o la madre que está lactando o en algún momento lactó a su bebé;

ii) Lo preguntado, es aquello que se espera encontrar al formular la pregunta, en esta investigación es la experiencia o vivencia de la consejería para lactar en los tres momentos, y

iii) Lo interrogado es aquello a que se pregunta, es decir, la persona a quien se pregunta, que en este caso es la madre lactante, quien vivió la experiencia de la consejería en la gestación, posparto y egreso hospitalario.

Pero, cómo se despliegan estos tres momentos estructurales de la pregunta en el caso concreto de la pregunta por el sentido del ser? (102),

a) Lo puesto en cuestión en la pregunta es el **ser**, del que ya se posee una vaga comprensión.

b) Lo preguntado es el **sentido del ser**.

c) Lo interrogado en la pregunta del ser es el **ente** mismo.

Por consiguiente, comprender la experiencia vivida de la CLM como apoyo para la LME hasta los seis meses, recibida por un grupo de madres en lactancia, durante tres momentos: gestación, posparto y egreso hospitalario, en el contexto de la situación actual de las IAMI de la ciudad de Bogotá, podría ser entendida como una experiencia única que

se muestra a partir de sí misma, a partir de los discursos de las madres que iluminan contenidos y actos, que dejan ver lo oculto del ser y la esencia de su puro ser, a partir de la interrogación y la comprensión.

2.3.1 Las participantes

Una vez terminada la primera etapa de la investigación, se procedió a entrar en contacto con las IAMI que participaron en esa etapa, para solicitar información de las madres que podrían participar en la segunda etapa de la investigación, por haber recibido CLM, en cualquier momento, desde la gestación hasta el egreso hospitalario.

La convocatoria e invitación a las madres, para participar en esta etapa de la investigación, se realizó como sigue:

- Se solicitó el permiso para tener acceso a la base de datos de la IAMI, con información de las madres en periodo de lactancia, cuyos partos fueron atendidos 4 a 6 meses previos.
- Se seleccionaron las madres teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión para la selección de las mujeres fueron: ser madre en lactancia con primer hijo entre 4 y 6 meses de edad, nacido a término (>37 semanas), con peso al nacer >2500g y sin patología crónica. Además, la madre debía ser mayor de 18 años y pertenecer a estratos del 1 al 6, esto con el fin de analizar la pluralidad de las participantes de diversos estratos sociales.

Como criterios de exclusión se consideraron: ser madre con dificultad de escucha y comprensión, madre con hijo nacido por cesárea y/o madre con patología.

- Se hizo contacto telefónico con las madres, para explicarles el objetivo de la investigación e invitarlas a participar. Se realizó un mínimo de tres intentos de contacto telefónico, en diferente horario. Cuando no fue posible la comunicación en los intentos mencionados o cuando la madre no aceptó participar en la investigación o había cambiado el domicilio fuera de la ciudad, se procedió a contactar nuevas madres del listado de esa IAMI.
- Se concertó el lugar, fecha y hora del encuentro personal con cada una de las madres que aceptaron participar. La programación de la visita a la madre se hizo en su lugar de residencia y en algunos casos en el sitio de trabajo. En ambos lugares se procuró

un lugar cómodo y alejado de interrupciones, con el fin de favorecer la intimidad para narrarse frente al otro y de garantizar una disponibilidad discursiva para la interacción conversacional.

- Se realizó lectura y firma del consentimiento informado y se solicitó la autorización a las madres para grabar la sesión antes de iniciar la entrevista (ver anexo D).

La selección de las participantes se realizó mediante el uso de la técnica de "muestreo teórico" (103), es decir, se eligieron al primer grupo de madres y se analizaron los datos obtenidos: se hizo la transcripción de las entrevistas y se identificaron las estructuras esenciales surgidas de las narrativas de las madres. Estas estructuras esenciales fueron posteriormente nutridas con las estructuras esenciales surgidas de las narrativas de un segundo grupo de madres entrevistadas, que se integraron a la muestra. El tamaño de la muestra se alcanzó cuando hubo consistencia en la información, esto es, cuando la investigadora obtuvo la misma información o similar, pues las participantes ya no indicaron algo diferente de lo ya dicho. Es preciso destacar que con el término "teórico" se está aludiendo a la "teoría emergente", es decir, aquella que se está generando a partir de la investigación misma y no a elementos teóricos establecidos en forma previa (103).

Previo a la realización de las entrevistas, fue necesario hacer una prueba y ajustes a las preguntas orientadoras, con el fin de disponer de preguntas claras, concretas, que le permitieran a la madre hablar abiertamente sobre su experiencia en la CLME en los tres momentos: gestación, posparto y/o egreso hospitalario y que no desviara la narrativa hacia otros eventos de su cotidianidad o su experiencia como madres primerizas y/o con el cuidado de sus bebés. Además, que se lograra con las respuestas, identificar facetas del fenómeno y estructuras esenciales.

De esta manera, se hicieron tres pruebas y ajuste a las preguntas, con madres que cumplían los mismos criterios de inclusión y exclusión establecidos en la investigación, en especial, con madres de diferentes estratos sociales (1 al 6) y escolaridad (primaria hasta posgrado), con el fin de que las preguntas se pudieran aplicar a madres con cualquiera de las anteriores características.

En la prueba de las preguntas participaron cinco madres, en un proceso que tuvo una duración de cuatro meses. El análisis de las respuestas dadas por las madres de la prueba, que no hicieron parte de las participantes de esta investigación, permitió generar un

protocolo de preguntas que fue usado en la entrevista con las madres para conocer su experiencia en la CLM en la gestación, posparto y egreso hospitalario.

Como resultado de la prueba, las preguntas que emergieron como preguntas que orientaron la entrevista a profundidad fueron:

- Cómo fue su experiencia con la consejería en lactancia materna exclusiva?
- Qué orientaciones recibió para la lactancia materna exclusiva?
- Para qué le sirvieron esas orientaciones en la lactancia materna exclusiva?
- De qué manera deberían ser apoyadas las madres para que puedan lactar con solo LM a sus hijos durante los primeros seis meses?

2.3.2 Entrevista a profundidad

La entrevista a profundidad en el método cualitativo tiene como función establecer, desde el reconocimiento, aceptación del otro y empatía, un espacio de encuentro en el que no cabe la directividad sino el diálogo. Al mismo tiempo, afirma Marí citando a Brunet, Belzunegui y Pastor (2000), la entrevista permite recoger información sobre acontecimientos y aspectos subjetivos de las personas tales como: creencias y actitudes, opiniones, valores o conocimiento, que de otra forma no podrían ser estudiadas (101).

En esta investigación, antes de dar inicio a la entrevista, se generó un diálogo empático con la madre donde se abordaron algunos temas de su cotidianidad como madre en periodo de lactancia. Esto con el fin de ambientar el tiempo cedido por la madre para la entrevista, procurar que ella recordara los eventos de su vida desde la gestación y se sintiera con la confianza para expresar y compartir sus experiencias y vivencias. Dentro de este diálogo empático se le preguntó a las madres qué entendían por CLME?, esto con el propósito de definir puntos de encuentro entre la investigadora y las madres sobre a qué hacía referencia la investigadora cuando le preguntaba a la madre por CLME. Por lo que, según las respuestas que dieron las madres, a las preguntas del protocolo que incluían la palabra consejería, se preguntó por orientaciones, indicaciones, explicaciones o apoyo.

Durante la entrevista, se buscó mantener el diálogo empático con la madre, teniendo como contexto las cuatro preguntas del protocolo, de manera que la madre centrara su atención hacia la experiencia en la CLME, desde la gestación hasta el egreso hospitalario. Igualmente, se le permitió a la madre hacer pausas, en los momentos que ella debía

dedicar tiempo a su bebé, cuando la entrevista se realizó en sus hogares. Debido a estas pausas y a la extensión de las narrativas de las madres, que varió en cada una de ellas, las entrevistas tuvieron diferentes tiempos de duración.

Luego de finalizar la entrevista, cuando hubo la posibilidad de continuar el dialogo con la madre, el tema central fue el lactante y su cuidado por parte de la madre y la familia.

Todas las entrevistas fueron realizadas por la investigadora, quien registró en el diario de campo, las ideas y reflexiones que surgieron durante las sesiones con las madres. Además, se contó con la asesoría y revisión constante de la directora y codirectora de la tesis y de investigadores internacionales durante la pasantía investigativa en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, lo que dio cumplimiento a los criterios de auditabilidad y credibilidad (104).

Durante el proceso de realización de las entrevistas se utilizaron dos instrumentos para la recolección de la información. Estos fueron: el diario de campo y el uso de la grabadora de voz.

El diario de campo se usó como recurso para registrar notas relacionadas con reflexiones de orden contextual, teórico, metodológico y vivencial por parte de la investigadora, las cuales ayudaron a la toma de decisiones durante el desarrollo del estudio y complementaron los análisis de los datos cualitativos.

La grabadora de voz se utilizó durante el desarrollo de las entrevistas, con previa autorización de las participantes, como un recurso para mantener la atención en lo que las madres decían y para tener un registro fiel de la información reportada por la madres, considerando las palabras usadas por las madres, las cuales pueden tergiversarse si el investigador se atiene a su memoria (105). Se verificó la calidad de la grabadora (grabadora IC de Sony) antes de iniciar cada entrevista y posterior a esta, se verificó el registro fidedigno de lo narrado por cada madre.

Cada grabación fue archivada en el "Sound Organizer versión 1.5", que es una aplicación integral de audio para importar, reproducir y editar archivos grabados. De esta manera las grabaciones de las entrevistas reposan en carpetas identificadas con un código según la institución de salud en la que fue atendida cada madre en periodo de lactancia y también desde esta aplicación fue posible hacer la transcripción de cada entrevista.

La consolidación de la información surgida del dialogo con las madres se hizo de la siguiente manera:

- i) Se inició con la escucha completa de los audios para recordar el encuentro vivido con las madres y lograr un primer acercamiento de identificación de la experiencia de la madre con la CLME.
- ii) Se realizó la transcripción de las entrevistas lo más fiel y completa posible, incluyendo en estas, las expresiones surgidas durante la conversación como: risas, silencios, muletillas, etc. y respetando el lenguaje, opiniones y creencias de la madre como parte de su singularidad.
- iii) Posterior a la transcripción, se volvió a escuchar de manera completa el audio a fin de hacer correcciones a posibles errores u omisiones en la escritura del texto. Este proceso se hizo para lograr una transcripción lo más fiel posible de la vivencia en el encuentro con las madres. El tiempo dedicado a cada transcripción varió de 6 a 8 horas para un tiempo total de 133 horas.

2.3.3 Análisis de la información

El proceso de análisis comprensivo inicia con la identificación de estructuras esenciales surgidas de las narrativas de las madres, teniendo en cuenta siempre en no detenerse en identificar eventos ocasionales o eventuales que hubiesen sido narrados por las madres.

Es así, como en busca de los significados, se hizo la distinción de lo que se manifestó como esencial para responder al objetivo de la investigación (97). Se buscó entonces extraer las estructuras significantes de lo narrado por las madres de acuerdo con lo vivido durante la CLME, en cada uno de los tres momentos: i) gestación, ii) parto/posparto inmediato y iii) egreso hospitalario. Para lo cual, se realizó una codificación inicial de las expresiones de la experiencia de la consejería a la madre para lactar. Esta codificación apuntaba a elaborar significados, y corresponde a un enunciado que, no son palabras, son pequeñas frases o expresiones que encierran el significado de la consejería para las madres.

Estos significados o enunciados iniciales fueron el punto de partida para profundizar en el análisis, para lo cual se hizo uso de una herramienta de apoyo como es el software N-Vivo

versión 10. Lo que se hizo con esta herramienta de apoyo fue corroborar las estructuras esenciales previamente identificadas, para cada uno de los tres momentos.

Producto de este análisis a profundidad, emergieron nuevos significados relacionados con: la forma de recibir la consejería, redes de apoyo, dificultades con la lactancia, utilidad de la CLME.

El proceso de análisis de la segunda etapa termina con la identificación de las Unidades de Significado (US) propiamente dichas, las cuales denotan los significados atribuidos, referentes a las experiencias y vivencias de las madres en periodo de lactancia, que acontecieron durante la CLME en los tres momentos. Lo que corresponde a la dimensión óptica del fenómeno.

Durante el análisis, se realizó un proceso de validación permanente entre investigadores nacionales e internacionales, y con las participantes en esta segunda etapa.

Con los resultados de la primera y segunda etapa se procedió a hacer la integración de las dos etapas (98), para lograr una visión completa del fenómeno estudiado, esto es, la comprensión de la experiencia vivida de la CLME hasta los seis meses, en las madres participantes, en el contexto de las IAMI de la ciudad de Bogotá.

2.3.4 Posibles sesgos de la investigación

Se plantearon cuatro posibles sesgos en la investigación, los cuales se controlaron para evitarlos o minimizarlos, estos son: sesgos del investigador, sesgos de los participantes, sesgos de la información y sesgos del análisis.

- **Sesgos del investigador:** es posible que la investigadora desvíe su atención del tema principal, del objetivo y de su marco conceptual hacia otros asuntos que surjan en desarrollo de la investigación. Para controlar esto, la investigadora estuvo constantemente revisando y consultando los objetivos, la metodología y el marco conceptual, lo cual fue posible hacerlo en las permanentes asesorías con la directora y codirectora de la tesis, en las discusiones y presentaciones académicas que se realizaron en el desarrollo de la investigación y en la revisión permanente de la metodología implementada en cada una de las dos etapas.

- Sesgos de los participantes: i) se incluyeron únicamente los participantes (personal de salud y madres) que cumplieron con los criterios de inclusión, ii) no se incluyeron personas que no cumplieran con alguno de los criterios para ser seleccionados para el estudio, iii) para evitar la pérdida de participantes durante el desarrollo de la investigación, se reconfirmaban las visitas un día antes al encuentro para la aplicación del cuestionario o para la entrevista.
- Sesgos de inadecuada recolección de la información: i) se creó un archivo con carpetas identificadas donde se almacenó la información generada en las dos etapas: el consentimiento informado, los cuestionarios diligenciados y las entrevistas transcritas.
- Igualmente para contar con datos verídicos y no correr el riesgo de mala interpretación de la información, la investigadora grabó cada entrevista en medio magnético en grabadora de voz, la cual era transcrita a medida que se iban realizando las entrevistas. Posteriormente, se hacía lectura y relectura contrastada con el audio para garantizar la calidad de la información. Adicionalmente, la investigadora llevó un diario de campo que fue usado posteriormente para proporcionar contexto de las entrevistas y apoyar el análisis.
- Sesgos del análisis: para evitar el desvío del análisis hacia otros aspectos que iban emergiendo durante la codificación de los datos y que se alejaban del propósito de la investigación, permanentemente se revisaban los objetivos y enfoques de la investigación y discutían los resultados que iban emergiendo con la directora y codirectora de la tesis y socializaba el avance de la tesis en los diferentes eventos académicos que se mencionaron anteriormente, en el ítem de sesgos del investigador.

2.3.5 Rigor científico

Los criterios de rigor científico que se utilizaron durante el desarrollo de esta investigación cualitativa con enfoque de método fenomenológico fueron (104):

- Credibilidad: Se usaron transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar los significados e interpretación presentados en los resultados del estudio. Igualmente la

investigadora discutió sus interpretaciones con otros investigadores y coinvestigadores.

- **Auditabilidad:** se contó con un diario de campo donde se registraron las decisiones, ideas y reflexiones que la investigadora tuvo en relación con la dinámica y proceso de la investigación. Se contó con un cuestionario semiestructurado para la primera etapa y un protocolo de preguntas para las entrevistas a profundidad en la segunda etapa, los cuales previamente fueron afinados. Se grabaron todas las entrevistas, se describieron las características de los participantes de las dos etapas y su proceso de selección. Toda la información reposa en forma de archivos digitales.
- **Transferibilidad:** se describieron ampliamente las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado y sus criterios de inclusión, a fin de que los resultados de esta investigación puedan ser llevados a otros contextos similares donde se estudie el mismo fenómeno. Además, se tuvieron en cuenta la coherencia metodológica y el muestreo apropiado, es decir, se seleccionaron los participantes de las dos etapas que reunían todos los criterios de inclusión y que mejor representaron o tuvieron experiencias o vivencias del fenómeno investigado.

2.3.6 Dificultades y limitaciones del estudio

- Retraso en la autorización para aplicar el cuestionario al personal de salud en las 17 instituciones de salud (IAMI), que constituían la población de la investigación. En 7 de las 17 instituciones, fue necesario entregar y sustentar el proyecto ante los Comités de Ética, lo que implicó acogerse a los tiempos de cada Comité de Ética. Este proceso de autorización y aplicación del cuestionario llevó a que se prolongara por 14 meses el trabajo de campo de la primera etapa de la investigación.
- Limitada disponibilidad de tiempo del personal de salud que participó en la primera etapa de la investigación, lo cual llevó a ajuste en el método para recolectar la información. Inicialmente se había planeado que el cuestionario fuese auto diligenciado en las áreas de trabajo, para evitar traumatismos de ausencia del personal en su lugar de trabajo, sin embargo, por esa limitación de tiempo, fue necesario aplicar el cuestionario, directamente en el puesto de trabajo, a casi la mitad del personal de salud

participante y en algunos casos, reprogramar varias veces el encuentro para la aplicación del cuestionario, lo que implicó dedicar más tiempo del previamente establecido para el trabajo de campo.

- Por parte de la investigadora, la escasa experiencia para abordar la investigación cualitativa con enfoque fenomenológico, se considera que más que dificultad fue un reto, que se fue superando con la asesoría de las codirectoras y de académicos nacionales e internacionales con amplia trayectoria académica en esta metodología, la asistencia a cursos y encuentros con investigadores expertos en el tema. Igualmente, el abordaje del proyecto bajo el método fenomenológico, constituyó un reto para la investigadora, por la poca formación sobre este tipo de investigación en el campo de la Nutrición.
- Conducir adecuadamente la entrevista bajo el método fenomenológico. Esto fue un proceso de aprendizaje para la investigadora porque en aras de lograr mayor amplitud y profundidad en las narrativas de las participantes, se hicieron preguntas por fuera del protocolo, que finalmente no aportaron al análisis del objeto de estudio. Esto se fue superando a medida que se avanzaba en la realización de nuevas entrevistas. Sin embargo, esto no impidió que el análisis de las narrativas se hiciera bajo el método fenomenológico.
- Una limitación, consistió en que pese a que el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de 7 instituciones de salud, en una de ellas, institución privada, no permitieron que se realizara la segunda etapa, por lo tanto no fue posible tener acceso a la información de las madres en periodo de lactancia, en los tiempos previstos inicialmente, lo que generó que se buscara información en otra institución de carácter privado, que previamente ya había otorgado aval para la hacer la investigación.
- Otro factor limitante fue la negativa o la gestión innecesaria ante la solicitud de información a las instituciones de salud o a la SDS, para poder contextualizar la situación actual de la CLME en las IAMI.

2.3.7 Aspectos éticos

Acogiendo la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia se tuvieron en cuenta y se dio cumplimiento a los siguientes aspectos en la presente investigación: la información proporcionada por los participantes se usó única y exclusivamente para los propósitos señalados en el proyecto. El manejo de la información estuvo a cargo de la investigadora principal. Esta investigación no constituyó riesgo para los participantes por cuanto la técnica que se usó en la misma, no implicó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en la investigación.

Se aseguró la confidencialidad para los participantes en la investigación, en el caso del personal de salud mediante la utilización de iniciales de la institución de salud y un número de orden y para las mujeres mediante la utilización de iniciales de su primer nombre y apellido y un número de orden. Esta información solo fue conocida por la investigadora.

Para todos los casos, a los participantes en esta investigación, se les solicitó la firma del consentimiento informado, que explicaba el objetivo, la justificación y la metodología de la investigación, los beneficios derivados de la participación y del estudio, la voluntad de la participación y la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento. La confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, la necesidad y la aprobación de grabar las entrevistas, específicamente para la segunda parte de la investigación se mantuvo durante todo el tiempo del estudio.

El consentimiento informado fue aprobado por el Comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y la Facultad de Ciencias de la Pontificia Universidad Javeriana, al igual que la presente investigación, tal como consta en el acta de evaluación No. 089, refrendada según el No.152 y en el oficio de referencia 2015/218 (ver anexo E). Además, se acogió para todos los casos a los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Los avances y resultados de la investigación fueron dados a conocer a los participantes, a la comunidad académica y mediante la elaboración de artículos científicos. La participación en los diferentes eventos y/o encuentros académicos se relacionan a continuación:

- Encuentro Nacional de Investigación y Desarrollo. ENID 2015: Inclusión Social y Desarrollo Humano (Octubre 2015). Universidad Nacional de Colombia, sede Manizales.
- II Simposio de Nutrición Infantil (Noviembre 2015). Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.
- Encuentro académico con el grupo de investigación del Programa de Posgrado en Nutrición del Instituto de Nutrición Josué de Castro de la Universidad Federal de Río de Janeiro (Abril 2016).
- Encuentro académico con estudiantes de pregrado del departamento de enfermería materno infantil de la Facultad de Enfermería de la Universidad Estatal de Río de Janeiro (Julio 2016).
- 12° Coloquio de investigación en Salud Pública (Noviembre 2016). Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.
- Evento académico: “por la defensa de la alimentación del lactante y del niño pequeño” (Diciembre 2016). Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

Durante el desarrollo de la Tesis doctoral se generaron los siguientes productos académicos:

1. Artículo de Reflexión en Revista Indexada. *La consejería en lactancia materna exclusiva: de la teoría a la práctica*. Gloria Yaneth Pinzón-Villate, Martha Lucía Alzate-Posada, Gilma Aurora Olaya-Vega. Rev. Fac. Med. 2016 Vol. 64 No. 2: 285-93.
2. Artículo aceptado para publicación. *Situación de la consejería en lactancia materna exclusiva en el Hospital Engativá II nivel*. Gloria Y. Pinzón Villate, Martha L. Alzate Posada, Gilma A. Olaya Vega. Revista investigaciones en seguridad social y salud. SDS.
3. Artículo publicado en las memorias del Encuentro Nacional de Investigación y Desarrollo. ENID Noviembre de 2015. *Consejería en lactancia como apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses*. Gloria Y. Pinzón Villate, Martha L. Alzate Posada, Gilma A. Olaya Vega.
4. Presentación de poster: *Um olhar aos esforços para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno: casos Brasil e Colômbia*. Gloria Y. Pinzón-Villate, Gilza Sandre-Pereira, Rosana Salles-Costa, en el evento académico: Encuentro Nacional de Lactancia Materna (ENAM). Florianópolis, Brasil. Noviembre de 2016.

3. Situación de la CLME en las IAMI de la ciudad de Bogotá

En este capítulo se presentan los resultados de la primera etapa de la investigación correspondiente a la descripción de la situación actual de la CLME en instituciones de salud de la ciudad de Bogotá. En primer lugar, se realiza una caracterización general de las IAMI que formaron parte de la muestra, luego se presenta la información relacionada con la CLME realizada en las instituciones de salud y el equipo de salud que acompaña a la madre.

3.1 Caracterización de las IAMI

De las 17 IAMI invitadas a participar en el estudio, 12 IAMI aceptaron participar en el estudio, de las cuales 7 son privadas y 5 son públicas. Las 12 IAMI pertenecen a diferentes niveles de complejidad³, 4 son nivel 2 de atención, 4 de nivel 3 de atención y 4 de nivel 4 de atención y atienden población tanto del régimen contributivo como del subsidiado⁴.

Sobre las actividades de CLME que desarrollan las IAMI, el 17% (2/12) factura la consejería, una por interconsulta con gestantes de alto riesgo y la otra en el servicio de ginecobstetricia. Ninguna de las 12 IAMI, cuenta con un sistema de monitoreo de la

3 Según la Resolución No. 5261 de 1994 del Ministerio de Salud, los servicios de salud tienen niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud. De acuerdo con la complejidad de las actividades, procedimientos e intervenciones, la Resolución en mención establece los siguientes niveles de atención en salud: Nivel I, Nivel II y Nivel III y Nivel IV.

4 El Sistema General de Seguridad Social de Colombia, reglamentado mediante la ley 100 de 1993, establece la vinculación a salud por medio de dos modelos de aseguramiento: el régimen contributivo y el régimen subsidiado, en el primero están vinculados todos los empleados y empleadores con capacidad de pago quienes hacen un aporte mensual para salud y pensión y el régimen subsidiado cubre a todas las personas pobres y vulnerables en donde los servicios de salud están amparados con los recaudos de solidaridad de los demás entes participantes en el sistema.

práctica de la LME de las madres, El 42% (5/12) se comunica telefónicamente con todas, o de forma aleatoria con las madres, para preguntar si están lactando o no al bebé. Sin embargo, no se sistematizan las llamadas que se realizan a las madres ni las dudas o problemas reportados por ellas.

3.2 Caracterización del personal consejero en LME

La muestra estuvo conformada por 76 funcionarios de las IAMI que cumplían las funciones de consejeros de LM. Se completaron 76 cuestionarios aplicados en las áreas de trabajo del personal consejero: 43 personas auto diligenciaron el cuestionario y 33 lo respondieron mediante entrevista estructurada.

De los 76 consejeros, 99% (75/76) fueron mujeres y 1% (1/76) hombre. Como se observa en la Tabla 3-1, el personal consejero que tenía mayor contacto con la madre en el proceso de lactancia, fueron las enfermeras y auxiliares de enfermería (84%); se observó una baja participación de las nutricionistas dietistas en la consejería (8%). El 34% (26) de los consejeros tenía estudios de posgrado. El 72% (55), tenía contrato laboral a término indefinido, y el 68% (52) laboraba tiempo completo. Se observó además, que el 91% (69) de los consejeros tenía más de un año de experiencia laboral como tal.

Tabla 3-1: Caracterización del personal consejero responsable de la consejería en lactancia materna en 12 IAMI de Bogotá

Variable	No.	%
Formación		
Enfermeras	32	42,0
Auxiliares de enfermería	32	42,0
Nutricionistas	6	8,0
Médicos	5	6,6
Fonoaudióloga	1	1,4
Estudios de posgrado		
Especialización	19	73,1
Maestría	4	15,4
Especialidad médica	2	7,7
Diplomado	1	3,8

Cargo		
Auxiliar de enfermería	36	47,3
Enfermera	28	37,0
Nutricionista Dietista	5	6,6
Médico especialista	2	2,6
Gestora en nutrición	1	1,3
Referente en nutrición	1	1,3
Pediatra	1	1,3
Asesora en lactancia	1	1,3
Fonoaudióloga	1	1,3
Vinculación laboral		
Contrato a término indefinido	55	72,4
Contrato por prestación de servicios	14	18,4
Contrato a término definido	7	9,2
Jornada laboral		
Tiempo completo	52	68,4
Medio tiempo	24	31,6
Tiempo de experiencia como consejeros		
3 meses	1	1,3
6 meses	2	2,6
1 año	4	5,3
De 1 a 5 años	30	39,5
De 6 a 10 años	15	19,7
Más de 10 años	24	31,6

Formación recibida en consejería en lactancia materna.

De los 76 consejeros, el 33% (25/76) afirmaron haber sido formados en consejería, en tanto que el 67% (51/76) no han sido formados. El 50% (12) de quienes recibieron capacitación se formaron hace menos de un año y el otro 50% (12) en un lapso de tiempo de 1 a 10 años (1 persona no respondió).

El tiempo de duración de los cursos de consejería de 24 de las 25 personas formadas fue diverso, en un rango de 2 a más de 60 horas. De estos, 12 recibieron el curso en un rango de 21 a 40. El porcentaje promedio del componente teórico y práctico de los cursos se describe en la Tabla 3-2.

Tabla 3-2: Tiempo de duración de los cursos de formación en consejería en lactancia materna

No. de horas de formación	No. de consejeros	Promedio componente teórico %	Promedio componente práctico %
2-20	6	67,5	32,5
21-40	12	74.5	25.5
41-60	4	71	29
+60	2	78	22
Total	24	73	27

En relación con el contenido del curso de formación en CLM, teniendo en cuenta los dos componentes del curso, el teórico y el práctico, este estuvo centrado en la **técnica y aspectos conceptuales de la LM** (Tabla 3-3). De los 25 consejeros, únicamente 7 informaron que recibieron capacitación sobre las técnicas de consejería en el componente práctico y mencionaron temas como: “*Forma de abordar a la madre*”, “*cómo aconsejar a la madre*” y “*técnicas de comunicación*”.

Tabla 3-3: Principales temas tratados en los cursos de formación en consejería en lactancia materna

Temas tratados según componente	No.	%
Componente teórico		
<i>Técnicas de extracción, almacenamiento y transporte de leche materna.</i>	21	84
<i>Técnica de lactancia</i>	16	64
<i>Legislación y normativa en lactancia</i>	15	60
<i>Beneficios de la lactancia</i>	15	60
Fisiología de la glándula mamaria	10	40
Problemas comunes en lactancia	6	24
Técnicas de consejería	6	24

Lactancia y medicamentos	5	20
Indicaciones de la lactancia	4	16
Evaluación de la lactancia	4	16
Uso de biberón	3	12
Componente práctico		
<i>Técnicas de lactancia</i>	14	56
<i>Técnicas de extracción, almacenamiento y transporte de leche materna</i>	8	32
Técnicas de consejería	7	28
Dificultades con la lactancia	3	12
Fisiología de la glándula mamaria	2	8
Legislación y normativa en lactancia	2	8

En cuanto al seguimiento del curso de formación en consejería, el 24% (6/25) afirmaron que tuvieron seguimiento y según éstos, es “el que tienen en el día a día de su desempeño laboral por parte de sus jefes”, pero no por quienes los formaron.

Los 25 consejeros recibieron el curso en diversos lugares, se destaca que el 56% (14/25) recibieron el curso en la IPS donde laboran. El 44% recibió los cursos en los siguientes lugares: SDS (3), ONG (1), lugar particular (3), SDIS (2), Federación Nacional de Cafeteros (1), Universidad (1).

Conocimientos sobre consejería en lactancia materna y necesidades de formación

En relación con la definición de consejería se observó que se tienen diversos significados (ver anexo F), dentro de los cuales se resalta: “**enseñar o darle información o explicarle a la madre sobre la lactancia**”, tal como se observa en algunas expresiones de los consejeros:

“Es darle asesoría a la mamá”, “Es darle una charla a las mamás”, “Implica tener los conocimientos y la práctica para educar y resolver inquietudes”, “Enseñarle a la madre como poder alimentar a sus hijos, todos los beneficios que tiene la lactancia, enseñarles las posiciones correctas, técnicas de masajes”.

Similar respuesta dio el consejero sobre lo que significa la CLME, con la diferencia que los consejeros hacen énfasis en **orientar, informar o capacitar a la madre en la exclusividad de la leche materna durante los primeros 6 meses de vida**. Es posible encontrar algunas expresiones, como:

“Orientar a la madre para que lacte a su bebé durante los primeros 6 meses de vida únicamente con leche materna”, “Que durante 6 meses lactancia exclusiva sin ninguna otra alimentación ya después de 6 meses alimentación complementaria hasta los 2 años o más”, “Que el mejor alimento leche materna exclusiva”, “Darle todas las herramientas a la madre para que ejerza solo lactancia materna. Ej. Hasta los 6 meses. “Decirle de los beneficios de la lactancia materna”.

Sobre las competencias que debe tener un consejero, se resalta el hecho de que a pesar de que para el personal consejero, el significado de CLM está centrado en la información o capacitación sobre LM y los beneficios de la misma, estos refieren que debe *poseer especialmente calidez humana, habilidades comunicativas y actitud personal* (Tabla 3-4).

Tabla 3-4: Competencias que debe tener un consejero en lactancia materna

Competencia	No.	%
<i>Calidez humana, habilidades comunicativas y conocimientos en LM</i>	39	43,8
<i>Habilidades comunicativas y actitud personal</i>	15	16,8
<i>Tener conocimiento en lactancia</i>	14	15,7
Gusto por el trabajo	6	6,7
Disponibilidad de tiempo	5	5,6
Tener conocimientos en lactancia y ayudar a la madre	4	4,5
Tener la experiencia en lactancia y los conocimientos exclusivos en lactancia	3	3,4
Tener experiencia como consejero	2	2,2
Liderazgo	1	1,1

Con respecto a los temas que se podrían incluir en un eventual curso de formación en CLM, como se puede observar en la Tabla 3-5 los principales temas propuestos por los consejeros, son similares a los recibidos por quienes afirmaron haber sido formados en

CLM (técnica y aspectos conceptuales de la LM). Además, se observó un mayor número de propuestas para el componente teórico 84% (64/76) que para el componente práctico 78% (59/76).

Tabla 3-5: Temas que se podrían incluir en un eventual curso de formación en consejería en lactancia materna

Temas	No.	%
Componente teórico		
<i>Beneficios de la lactancia materna</i>	31	28,2
<i>Técnica de lactancia</i>	17	15,5
<i>Cambios físicos del seno y sus cuidados</i>	12	10,9
Extracción y conservación de la leche.	11	10,0
Habilidades de comunicación.	10	9,0
Bancos de leche.	6	5,5
Alimentación de la madre.	5	4,5
Medicamentos y lactancia.	4	3,6
Mitos relacionados con la lactancia.	4	3,6
LM y situaciones especiales de la madre y el niño.	4	3,6
Uso de leches de fórmula.	3	2,7
Legislación sobre lactancia materna.	3	2,7
Componente práctico		
<i>Técnica de lactancia</i>	36	46,7
Habilidades para abordar a la madre	16	20,7
Apoyo para la práctica en CLM para el personal de salud	11	14,2
Lactancia en situaciones especiales para la madre y el hijo	6	7,8
Beneficios de la leche materna	4	5,2
Conservación de la leche	4	5,2

3.3 Descripción de la consejería en lactancia materna exclusiva

A continuación se describe cómo se realiza la consejería para promover la LME y total⁵. Teniendo en cuenta que para más del 50% de los consejeros, la consejería significa “enseñar o darle información o explicarle a la madre sobre la lactancia”, en adelante, en las respuestas dadas por los consejeros, con respecto a actividades de consejería, se hará referencia a “enseñar sobre lactancia” en lugar de hacer “consejería en lactancia”.

Todos los consejeros afirmaron enseñar sobre los beneficios de la LME. El 53% (40/76) tiene contacto con las madres (no necesariamente corresponde a la misma madre) en más de un momento, en tanto que 47% (36/76) lo hace en uno de los momentos. El mayor contacto con las madres se realiza en el posparto inmediato (48%) seguido del egreso hospitalario (46%) y el menor contacto se tiene en la gestación (6%).

Sobre la realización de la consejería para promover la LM total, el 91% (69/76) de los consejeros respondió que sí la promovían, mientras que 9% (7/76) respondió que no, pues según ellos, se centran en enseñar a la madre sobre la exclusividad de la LM hasta los 6 meses. Al igual que con la CLME, en la CLM se observó un mayor contacto con la madre en el posparto inmediato (50%), seguido del egreso hospitalario (44%) y el menor contacto se tiene en la gestación (6%).

Con respecto a si se realiza CLME a la misma mujer, más de una vez, en cualquiera de los 3 momentos, de los 76 consejeros, el 71% (54/76) tienen la posibilidad de tener contacto con la misma mujer en más de una oportunidad (puede ser en el mismo momento o en varios), el 6,6% (5/76) dice que a veces si tiene contacto con la misma madre en dependencia del tiempo disponible y de la necesidad de la madre y el 22,4% (17/76) no.

⁵ En el cuestionario se optó por hacer similares preguntas tanto para la CLME como para la consejería total, a fin de validar las respuestas dadas por los consejeros a la CLME, de manera que hay algunas respuestas en las que se presentan ambas opciones.

Existe mayor atención en el posparto inmediato (53%), seguido del egreso hospitalario (45%) y menor atención a la misma madre en la gestación (2%).

En relación con la CLM a la misma mujer, los resultados hacen referencia a lo reportado por 17 consejeros que respondieron. De estos, el 71% (12/17) tienen la posibilidad de tener contacto con la misma mujer en más de una oportunidad (en el mismo momento o en varios) mientras que el 29% (5/17) no. Al igual que con la CLME hay mayor presencia en el posparto inmediato (50%), seguido del egreso hospitalario (44%) y menor presencia en la gestación (5%).

A la pregunta acerca de los casos en los que suelen hacer la consejería, se encontraron respuestas similares para la CLME y la CLM. El 61% realiza la enseñanza a todas las mujeres, seguido del 28% de los consejeros que acompañan a mujeres con recién nacidos, a primigestantes y a multíparas. El 9,2% de los consejeros acompaña a las gestantes en riesgo, mujeres con recién nacidos, primigestantes y multíparas, y en menor porcentaje, el 1,3% acompaña a las mujeres con recién nacidos en riesgo, primigestantes y multíparas y el otro 1,3% a gestantes en riesgo y a mujeres con recién nacidos.

Al indagar sobre la forma como se realiza la CLME, es decir, si es individual o grupal, se pueden apreciar los resultados en la Tabla 3-6, de acuerdo al momento en que esta se realiza. Se resalta la enseñanza en pareja en la gestación, de forma individual a la madre en el posparto inmediato y de dos maneras en el egreso hospitalario: individual a la madre y grupal.

Tabla 3-6: Forma de realizar la Consejería en lactancia materna exclusiva

Momento	Forma de realizar la enseñanza	Número de consejeros
Gestación	Individual	1
	<i>Con pareja</i>	5
	Individual y grupal	2
	Grupal	1

Posparto inmediato	<i>Individual</i>	23
	Con pareja	15
	Individual y grupal	21
	Grupal	1
Egreso hospitalario	<i>Individual</i>	14
	Con pareja	5
	<i>Individual y grupal</i>	14
	Grupal	4

Estos mismos resultados se encontraron cuando se realiza la CLM. Sin embargo, en el posparto inmediato, hay un mayor número de consejeros que realizan enseñanza individual y grupal.

Cuando la enseñanza en lactancia se hace de forma grupal, hay presencia de la pareja de la madre, de familiares y/o acompañantes (Tabla 3-7).

Tabla 3-7. Acompañantes de la madre durante la enseñanza en lactancia materna exclusiva

A quien realizan la enseñanza	Número de consejeros	%
Madre, padre y familiares o acompañantes	33*	43,4
Madre	20	26,3
Madre y padre	15	19,7
Madre y familiares o acompañante	8	10,5

* Se resalta que dentro de los familiares que participan en la enseñanza, el 88% (29/33) corresponde a la abuela.

Similares resultados se encontraron cuando se hace la enseñanza en LM. En este sentido, 7 de los 17 consejeros, confirmaron la presencia de la abuela en las sesiones, dentro de los familiares y/o acompañantes de la madre.

Dentro de las dudas y preguntas de las madres, se resalta que la principal duda que tienen las madres durante la enseñanza en LME y que persiste en cada uno de los momentos, es la **inseguridad en la producción de la leche**. Por ejemplo, durante la gestación, las madres mencionan las siguientes dudas:

"Es normal que me salga leche?", "Es normal que me salga liquido de los senos?" "Si no me sale leche en el embarazo no voy a dar buena cantidad de leche", "Será que produzco suficiente leche?".

Cuando las madres tienen a sus bebés, en el posparto inmediato, los consejeros refirieron como preguntas frecuentes:

"Será que si está saliendo?", "Será suficiente?", "Cómo sé que mi bebé está comiendo lo que necesita?", "Si queda lleno con esa agua?", "No me sale leche", "Que consecuencias genera que el bebé no coma bien?"

Se observó que las preguntas de las madres van cambiando de acuerdo al momento en que el personal de salud tiene contacto con la madre. Por ejemplo, en el egreso hospitalario, los consejeros reportaron que las madres preguntan:

"Le puedo comprar leche si no me sale?", "Por qué después de un tiempo la leche cambia de aspecto y color?" "La leche no es suficiente", "Si mi leche no es suficiente, que otra leche le doy?", "Puedo darle leche de vaca? ¿Puedo empezar con la compota?", "Puedo darle zumo de frijol o lenteja?".

Cuando se hace la enseñanza en LM, los consejeros suelen escuchar las mismas dudas, sin embargo durante la gestación y el egreso hospitalario las madres formulan otro tipo de preguntas que están relacionadas. En este sentido, refirieron que es usual que escuchen preguntas como:

"Que si se les puede dar huevo después de los 2 meses", "Les dan complemento porque no les baja la leche" "Que si le pueden dar alimentos complementarios", "Si les da calor les pueden dar agua?".

En el anexo G se presenta en detalle las dudas e inquietudes que las madres tienen durante la enseñanza en LME y LM, en cada uno de los momentos.

Sobre los problemas que detectan los consejeros en las madres, están relacionados con **la alteración de los senos y pezones**. Por ejemplo, en el posparto inmediato los consejeros expresaron:

“Pezones planos o invertidos, pequeños o grandes”, “Laceración de pezón”, “Cuando el niño está hospitalizado hay congestión mamaria, se seca muy rápido la leche por la hospitalización”.

Y en el egreso hospitalario, los principales problemas que los consejeros observan son: *“Congestión mamaria”, “mastitis” y “pezones agrietados”.* Igual situación la reportan los consejeros durante la enseñanza en LM, en la gestación. El anexo H presenta en detalle los principales problemas de las madres con la lactancia, detectados por los consejeros durante la enseñanza en LME y LM.

A la pregunta sobre los aspectos (teóricos y/o prácticos) que se imparten en la CLME, los consejeros no hicieron ninguna distinción entre lo teórico y lo práctico al momento de hacer la consejería a la madre, esto es debido a que los temas que ellos imparten los abordan, la mayoría de las veces, cuando se encuentran en contacto directo con las madres, cuando tienen los bebés con ellas.

Además, se observó que los aspectos que mencionan los consejeros son abordados de manera indistinta en cualquiera de los tres momentos y durante la enseñanza en LME y LM. Por tanto, tal como se puede apreciar en la Tabla 3-8, desde lo teórico, los principales temas que se abordan se centran **en la técnica de la lactancia materna y los beneficios de la misma.**

Tabla 3-8: Aspectos teóricos impartidos en la consejería en LME y LM

Componente teórico en la consejería en LME y LM	Frecuencia
Consejería en LME	
<i>Técnica de lactancia</i>	59
<i>Beneficios de la lactancia</i>	54
<i>Extracción y conservación de la leche</i>	35
<i>Exclusividad de la lactancia materna</i>	30
Lactancia materna a libre demanda	14
Alimentación de la madre	10
No uso del chupo	9
Cuidado del seno y pezón	7
Sacada de gases	7

Vínculo afectivo	6
Lavado de manos	6
Estado de ánimo	6
Sucedáneos y lactancia materna	4
Signos de ingesta adecuada	3
Cuidados del recién nacido	3
Consejería en LM	
<i>Beneficios de la lactancia</i>	15
<i>Técnica de la lactancia</i>	14
Conservación de la leche materna	4
Importancia de la LME	4
Inicio de la lactancia materna	2
Alteración y cuidado de los senos y pezones	2
Libre demanda	2
Apoyo emocional para la madre	1

No obstante, lo relatado por los consejeros, es posible extraer el abordaje práctico que realizan cuando tienen contacto con las madres, tanto en la enseñanza en LME como en LM, como se puede apreciar en la Tabla 3-9. Al igual que en el componente teórico, es posible observar un abordaje práctico con mayor énfasis en **la técnica de la lactancia**.

Tabla 3-9: Abordaje práctico en la consejería en LME y LM

Abordaje práctico en la consejería en LME y LM	Frecuencia
Consejería en LME	
<i>Técnica de lactancia</i>	15
Cuidados del pezón	3
Beneficios de la lactancia materna	1
Alimentación de la madre	1
Comunicación con la madre	1

Consejería en LM	
<i>Técnica de la lactancia</i>	3
Verificar signos de hidratación, control de peso	1

Para promover la LME en las madres, los consejeros usan diferentes estrategias, tal como se presenta en la Tabla 3-10. Se destacan las **actividades educativas** por parte del 95% (72/76) de los consejeros y dentro de estas, las más realizadas son **la charla directa con la madre y enseñar directamente la técnica de la lactancia a la madre**.

Tabla 3-10: Estrategias usadas en la consejería

Estrategia	No. de consejeros
<i>Actividades educativas</i>	72
Uso restrictivo de leches de fórmula	5
Uso de la sala de extracción de la LM	5
Permitir el alojamiento conjunto	3
Control de crecimiento y desarrollo del bebé	2
Conceptos unificados del personal de salud	2
Grupos de apoyo (grupos en Facebook)	1
Visita domiciliaria	1
Inicio temprano de la lactancia materna	1
Línea amiga	1

Como apoyo a la estrategia predominante usada por los consejeros, el 57% (43/76) de estos, entrega algún tipo de material a las madres mientras que el 43% (33/76) no lo hace. Los materiales más usados son los **folletos**, entregados por el 79% (34/43) de ellos, seguido por las **cartillas**, entregadas por el 21% (9/43) de los consejeros.

En general, quien tiene a su cargo la elaboración de los materiales entregados es la institución de salud (comité o grupo de lactancia, enfermera jefe, servicio de nutrición, nutricionista, estudiantes). Se resalta que no se hizo referencia a que el material entregado

haya sido elaborado por fuera de la institución de salud, a excepción de 2 consejeros que reportaron que el material fue elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuando los consejeros identifican algún problema de salud física o mental en la madre durante el acompañamiento, estos acuden a diversos profesionales o servicios en dependencia de la condición de la madre, por lo que, algunos dieron más de una opción. Se resalta que ante cualquier complicación médica de la madre, se acude principalmente a urgencias ginecológicas o al ginecólogo y en caso de problemas emocionales se acude en especial a psicología (Tabla 3-11).

Tabla 3-11: Remisión por problemas de salud física o mental de la madre

Profesional o lugar de remisión	No. de consejeros
Problema de salud	
Urgencias ginecológicas	19
Ginecólogo	18
Médico tratante	12
Ginecólogo, nutricionista, pediatra o fonoaudióloga, según necesidad	12
Enfermera jefe de piso	6
Sala de partos	5
Consulta de lactancia materna de la institución	3
“Igual está hospitalizada y allí mismo se atiende”	3
Consulta prioritaria	2
Pediatra	2
“A la EPS de la madre”	1
Problema emocional	
Servicio de psicología	32
Psicología, Siquiatra, Trabajo Social	23
Médico	8
Enfermera jefe	5
Pediatra	3
Ginecología	2
“Igual está hospitalizada y allí mismo se atiende”	2

Los consejeros reportaron varias barreras que se le presentan a las madres durante su proceso de lactancia y que limitan la exclusividad de la práctica hasta los seis meses (ver anexo I), dentro de las que se destacan, el trabajo de la madre (15,1%), las creencias que tiene la madre sobre la lactancia (13,6%), la poca disposición de las madres para lactar (9,0%), los problemas físicos y emocionales de la madre (9,0%) y la falta de apoyo familiar (8,5%).

El 44% (34/76) de los consejeros encontró barreras en la institución de salud para hacer la consejería. Estas barreras, descritas en el anexo J, se presentan a nivel de la institución de salud (de las directivas de la institución), las usuarias y el personal de salud.

Las referidas a nivel institucional están relacionadas con la falta de tiempo para dedicarse a hacer consejería (50%), el insuficiente talento humano (26,5%), los recursos limitados (14,7%) y la falta de capacitación y de apoyo (8,8%).

Finalmente, el 95% (72/76) de los consejeros hizo sugerencias a la institución de salud para que la CLME sea más exitosa (Tabla 3-12), se destaca la necesidad de contar con un personal de salud formado en LM y un compromiso hacia la promoción de la misma en la institución.

Tabla 3-12: Sugerencias para que la consejería en lactancia materna exclusiva sea exitosa en la institución de salud

Sugerencias	No. de consejeros
Capacitar a todo el personal de la institución en lactancia materna	34
Compromiso de los profesionales de la salud e institución con la LM	16
Contar con mayor número de talento humano	15
Educación a la madre sobre lactancia por parte de todo el personal de salud	7
Mayor dedicación de tiempo a la lactancia y consejería	5
Contar con más materiales de apoyo	5
Contar con una sala de extracción más amplia.	4
Atención en la sala de extracción	3

En síntesis, de los hallazgos presentados anteriormente, es posible destacar:

1. Las actividades que realizan los consejeros no son consistentes con lo que significa la CLME. Para más del 50% del personal consejero, consejería significa “enseñar o darle información o explicarle a la madre sobre la lactancia”. Lo que está en coherencia con las estrategias usadas para promover la LME, por el 95% de estos consejeros, representadas en actividades educativas, con entrega de material como folletos y cartillas especialmente.
2. Quienes tienen mayor contacto con la madre en su proceso de lactancia, son las enfermeras y auxiliares de enfermería (84%, 42% cada una), el profesional nutricionista dietista tiene poco contacto con la madre (8%) y mucho menos contacto lo tiene el médico general (6,6%) y otros profesionales de la salud (fonoaudiólogos) (1,4%).
3. El 67% (51) de los consejeros no está formado como tal y de quienes afirmaron estar formados (25), tan solo 12 (en un rango de 21 a 40 horas) recibieron el curso en el tiempo que ha establecido la OMS para la formación en consejería en LM, que son 40 horas para el personal de salud que requiere adquirir o fortalecer los conocimientos y las habilidades para generar competencias como consejero para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.
4. Tanto la formación recibida en consejería (por quienes informaron ser formados), como las propuestas que tienen los consejeros para un eventual curso de formación en consejería en lactancia, como los aspectos que abordan los consejeros cuando tienen contacto con las madres, tienen en común que están centrados en el aspecto conceptual de la LM, los beneficios y la técnica de la lactancia.
5. El 71% de los consejeros tiene contacto con la misma madre más de una vez. El mayor contacto se da en el posparto inmediato y el menor contacto en la gestación.
6. Tan solo el 9% de los consejeros se centra en promover la LME, el restante aborda el tema de la LM de manera general, es decir, la exclusividad hasta los seis meses y de manera complementaria hasta los dos años y más.
7. Se resalta la enseñanza en LM en pareja durante la gestación, de forma individual a la madre en el posparto inmediato y de manera individual a la madre y también grupal, en el egreso hospitalario. En éste último momento se realiza cuando la madre se acerca, en

compañía de su pareja o un familiar (especialmente una mujer), a la institución de salud al control del recién nacido.

8. Sistema de información ausente con relación a la CLME, es decir, ninguna de las 12 IAMI, cuenta con un sistema de monitoreo de la práctica de la LME de las madres, tampoco se sistematizan las llamadas que se hacen a las madres ni las dudas o problemas que ellas reportan.

9. Según los consejeros, la principal duda que tienen las madres con la lactancia es la inseguridad en la producción de leche, duda que persiste en todos los momentos: desde la gestación hasta el egreso hospitalario. Y los principales problemas que tienen las madres están relacionados con las alteraciones físicas como: de los senos y los pezones.

10. Los consejeros identificaron barreras institucionales para hacer la CLM, como: falta de tiempo, insuficiente talento humano, recursos limitados, falta de capacitación y de apoyo.

Con el anterior panorama de la CLME en las 12 IAMI que participaron en la investigación, surgen algunos planteamientos que se constituyen en insumos para la discusión que se desarrollará más adelante:

- ¿La labor que realiza el personal consejero que tiene contacto con la madre durante la gestación, parto inmediato y egreso hospitalario, se considera como consejería para promover la LME?
- ¿La CLME que realiza el consejero de las 12 IAMI, le aporta los elementos esenciales a las madres para atender sus necesidades, resolver las dudas y prevenir los problemas que se les presentan con la práctica de la lactancia?
- ¿Se está apoyando a la madre para el inicio de la lactancia y su mantenimiento hasta los seis meses de manera exclusiva, en los tres momentos: gestación, parto inmediato y egreso hospitalario?

3.4 Discusión

¿De qué consejería en LME habla el personal consejero en las 12 IAMI de la ciudad de Bogotá?

El personal de salud se constituye en un actor fundamental en el cumplimiento de los 10 pasos que contempla la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) o IAMI en Colombia, por tener a su cargo la CLM para la madre desde el control prenatal hasta el egreso hospitalario.

Como IAMI, las instituciones de salud deben cumplir con los diez pasos exigidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social y UNICEF para ser acreditadas como tal (107), uno de ellos, el segundo, corresponde a la preparación técnica, conceptual y práctica en salud y nutrición (se incluye la LM) del personal de la institución (asistencial, administrativo y de apoyo logístico, se incluye además a los grupos de docentes y estudiantes que integran las relaciones docencia-servicio). Sin embargo, en este estudio no participó todo el personal de salud de las IAMI, ya que en estos lugares fue posible identificar a “personas clave”, denominadas consejeros en LM, reconocidas por su experticia en el acompañamiento a la madre y que son llamadas para atender a las madres cuando tienen dificultades para lactar. Estas personas fueron las que participaron en la presente investigación.

Se resalta que la mayoría del personal consejero, tiene contrato laboral por término indefinido y laboran tiempo completo en la institución de salud, lo que supone una garantía para que este pueda dedicar tiempo a su formación como consejero en LM y a la atención a la madre. Sin embargo, solo el 32% (25/76) de los consejeros afirmó estar formados como tal y de estos, tan solo doce personas o menos (porque este número de consejeros informó un tiempo de formación en un rango de 21 a 40 horas) recibieron el curso en el tiempo que ha establecido la OMS para la formación en CLM, que son 40 horas para formar al personal de salud en conocimientos y habilidades para generar competencias como

consejero para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (9). Este tiempo podría no ser suficiente para formar a un consejero en LM, teniendo en cuenta las necesidades de las madres en su proceso de lactancia.

En cuanto a las habilidades que busca desarrollar el curso de la OMS (9), están la adquisición de dos habilidades principalmente: habilidades para escuchar y aprender y habilidades para reforzar la confianza y dar apoyo. Sin embargo, se observó en la formación en CLM reportada por los consejeros, un componente teórico y práctico centrado en la técnica de la lactancia y en los conceptos de la misma y una mínima referencia al componente práctico relacionado con las habilidades de la consejería, lo que refuerza el hallazgo de una falta de formación en CLM, y en su lugar un énfasis en la adquisición de conocimientos en LM.

Lo anterior se refuerza con la afirmación que hacen los participantes del estudio, sobre las competencias que debe tener un consejero, como: tener conocimientos en el tema de la lactancia, poseer calidez humana, habilidades comunicativas y actitud personal. Sin embargo, a pesar de que es importante y necesario que el consejero posea estas características al interactuar con la madre, incluso con cualquier paciente que requiera su atención, no bastan para generar las competencias necesarias para ser un consejero en LME.

En este sentido, es preciso retomar la teoría de las actitudes facilitadoras que propone Carl Rogers (91), en cuanto a consejería, según las cuales “el psicoterapeuta o consejero debe presentar tres condiciones para que ocurra un crecimiento en el cliente: la *empatía*, la *aceptación positiva incondicional* y la *congruencia*. A través de la *empatía*, el psicoterapeuta o consejero busca percibir y comprender el mundo del cliente en la perspectiva de él. La *aceptación positiva incondicional* consiste en el respeto absoluto, por parte del psicoterapeuta o consejero, a la individualidad del cliente. La *congruencia* o *autenticidad*, es descrita como el grado de correspondencia entre lo que el terapeuta o consejero experimenta y lo que comunica al cliente, siendo el mismo en la relación terapeuta-cliente”

Se puede afirmar que tanto las habilidades y conocimientos científicos en LM, que enseña el Curso de CLM de la OMS (9), para que el personal de salud adquiera las competencias

como consejero en LM, permiten que se desarrollen las actitudes facilitadoras propuestas en la Teoría de Carl Rogers. Las habilidades contenidas en el curso en mención están relacionadas con las habilidades para escuchar y aprender y las habilidades para reforzar la confianza y dar apoyo. Sobre las habilidades para escuchar y aprender, se destacan el usar comunicación no verbal útil, hacer preguntas abiertas, emplear respuestas y gestos que demuestren interés, parafrasear lo que la madre dice, tener empatía (demostrar que comprende lo que la madre siente) y evitar palabras que juzguen a la madre. Sin embargo, se observa que ninguna de estas habilidades fue expuesta por los participantes de este estudio, por lo que es probable que en la práctica no se manifiesten durante el contacto con la madre. Esto sugiere realizar estudios posteriores.

Con relación a las habilidades para reforzar la confianza y dar apoyo, sobresalen el aceptar lo que la madre o cuidador piensa y siente, reconocer y elogiar lo que la madre o cuidador y el niño están haciendo bien, brindar ayuda práctica, brindar información pertinente, usar lenguaje sencillo y hacer una o dos sugerencias, no dar órdenes. Estas habilidades tampoco fueron identificadas por los participantes del estudio, por lo que, es posible que no sean llevadas a la práctica cuando tienen contacto con la madre. Lo que presume la ausencia de una CLME por parte del personal consejero.

El seguimiento que debe hacerse a quienes participan en un curso de consejería es fundamental y obligatorio, tal como aparece implícito en el documento de la OMS (9) *“El seguimiento después del curso, en el lugar de trabajo de los participantes, es esencial, no solamente para evaluar la capacitación, también lo es para reforzar la confianza de los participantes en sus habilidades, escuchar las situaciones en las que han encontrado problemas y evaluar sus habilidades prácticas de consejería después de la capacitación”*. No obstante, se encontró que no hubo un seguimiento a los consejeros que afirmaron ser formados en CLM. Lo que expresaron dista mucho de serlo, ellos hicieron referencia a la supervisión que recibieron de sus jefes durante su labor en la institución de salud. Por lo que, esta supervisión no reemplaza de ninguna manera la función de seguimiento que debe hacer un Facilitador en CLM (9).

Corroborando lo anterior, es evidente que el personal consejero no hace una distinción clara entre lo que significa un curso de CLM y un curso de capacitación en LM, ya que ante la pregunta sobre formación en CLM, los consejeros reportaron las capacitaciones que

permanentemente realiza la institución al personal de salud, que en algunos casos tiene una duración de menos de 6 horas. Y estos cursos cortos, además de no cumplir con el tiempo de duración para un curso de consejería, están enfocados a enseñar básicamente el aspecto anatómico y fisiológico de la glándula mamaria y la técnica de la lactancia y no a enseñar aspectos relacionados con las habilidades para la consejería mencionados anteriormente, necesarios para apoyar a la madre, darle confianza en su capacidad para lactar y resolver sus dudas con la lactancia.

Sobre esta situación, es posible deducir dos aspectos: en primer lugar, no se observa ninguna diferencia en los conocimientos recibidos tanto por quienes expresaron haber recibido el curso de formación en CLM como por quienes han recibido cursos cortos, y en segundo lugar, que el reconocimiento o experticia que han logrado estos consejeros dentro de la institución de salud, se sustenta básicamente en el número de años dedicados al contacto con la madre. Por lo que, es posible que haya una facilidad por parte del personal de salud y también de la institución de salud, en declarar consejero al profesional que tiene conocimiento en LM y tiene contacto con la madre. Postura que debe transformarse al interior de las instituciones, para que tanto el personal consejero como las madres compartan una CLME.

Este escenario de falta de formación en CLME por parte del personal de salud, probablemente es consecuencia de varios factores desfavorecedores de la práctica de la LM a nivel de Colombia, que fueron identificados en la evaluación al Plan Decenal de LM 1998-2008 (108), y que tienen que ver con: la desarticulación entre los prestadores de servicios de salud y la academia, la falta de apoyo del nivel central (Ministerio de Salud y Protección Social) con asistencia técnica, la ausencia de un equipo interdisciplinario que brinde educación en LM en los programas materno-infantil, una alta rotación de personal, poca asignación de recursos a las instituciones de salud para capacitación, la atención en salud ofrecida en el país, que privilegia el enfoque curativo, dejando en segundo plano la promoción de la salud, lo que dificulta el fomento de la LM, deficiencias en la calidad de educación en LM en las instituciones de salud y la ausencia de un espacio dentro del currículo educativo para posicionar el tema de la LM.

Factores que fueron tenidos en cuenta para la elaboración del actual Plan Decenal de LM 2010-2020 (109). Sin embargo, no se contempló explícitamente en este Plan, la obligatoriedad de la formación en CLM ni su realización en las instituciones de salud. En

su lugar, entre otras acciones, se propone la “organización de programas de educación permanente en LM al personal de salud y otros sectores relacionados”. Por lo que, es probable que se continúe presentando esta situación de confusión entre un curso de LM y un curso de formación en CLM, y lo que es peor, se siga brindando una “consejería” centrada en el aspecto fisiológico de la lactancia y no en la mujer, en sus necesidades, inquietudes e inseguridades con la lactancia.

En relación con el significado que tiene la CLM para los consejeros, ellos la definen como informar, explicar o enseñar a la madre sobre LM, sus beneficios, las técnicas, etc. Igual significado dan para CLME, con la salvedad de que se hace énfasis sobre la importancia de lactar de manera exclusiva hasta los seis meses. Esto está en relación directa con la forma como expresaron los consejeros, realizan la consejería (tanto por quienes dijeron ser formados en consejería como por quienes han recibido cursos cortos en LM), centrada en la técnica de la lactancia y los beneficios de la misma, mediante actividades educativas o “charlas” en las que se entrega material escrito como folletos y cartillas, elaboradas por personal de la institución de salud.

Estos hallazgos son consistentes con los obtenidos en la evaluación al Plan Decenal de Lactancia Materna para Colombia 1998-2008 (108), en lo relacionado con la CLM, que encontró *“una consejería con énfasis en la distribución de material educativo de manera aislada y la aplicación del modelo tradicional de educación magistral predominante de la educación formal, ofrecida a la comunidad por el personal de salud”*. Esta forma de brindar “consejería en LME” no tiene en cuenta las necesidades de la madre, sus inseguridades e inquietudes con la lactancia, en su lugar es una “consejería” para la técnica de la lactancia. Además, dada la ausencia de una formación en CLM, seguramente las actividades educativas se realizan de manera opuesta a cómo debería hacerlo un consejero en LM, es decir, sin permitirle un espacio a la madre para hacer preguntas abiertas, sin brindar información pertinente, o sin hacer solamente una o dos sugerencias, por lo que la madre recibe información sobre una variedad de temas, reforzada con material escrito que contiene la misma información, que puede no ser necesaria u oportuna, dada la singularidad de cada madre.

Como no existe claridad sobre lo que es CLME ni sobre las habilidades y destrezas que debe poseer un consejero en LM, cuando se exploran las necesidades de entrenamiento

en consejería para el personal de salud, los consejeros vuelven a solicitar los temas que recibieron cuando fueron formados y los que ofrecen a las madres, los cuales, les pueden aportar conocimiento científico sobre LM pero posiblemente no le van a brindar las herramientas para adquirir las habilidades en consejería, necesarias para darle apoyo a la madre para que desarrolle confianza, seguridad en sí misma y capacidad para lactar hasta los seis meses a su hijo, con comprensión y respeto de sus necesidades.

Es posible reafirmar que las actividades que realizan los consejeros para promover la LME, cuando entran en contacto con la madre, no son propias de una CLME, como se plantea en la literatura existente (77), (92) y como lo sugiere en su concepto la investigadora de este estudio. Estas corresponden más a actividades puntuales de enseñanza o de información, que se brindan a la madre sobre las técnicas de la lactancia y sus beneficios y como hallazgo en este estudio, tampoco se observa una CLME que se centre en promover la exclusividad de la lactancia hasta los seis meses, en los tres momentos en que se tiene contacto con la madre, a pesar de los múltiples beneficios de promocionarla (23), y porque al promover su exclusividad, se aporta a incrementar la prevalencia de la LM total en Colombia.

De otro lado, el personal consejero coincide en identificar la inseguridad en la producción de la leche, como la principal inquietud que presenta las madres, desde el control prenatal hasta el egreso hospitalario. Hallazgos consistentes con lo reportado en la literatura, como factor que limita el inicio y mantenimiento de la LM (3), (6). Sin embargo, ante la persistente duda que tienen las madres en todos los momentos y por la forma como se realiza la “consejería”, es posible que no permita un acompañamiento a la madre para apoyarla en su inseguridad hacia la producción de la leche, por el contrario, lo que se hace es replicar lo adquirido en los “cursos de CLM” o en los cursos cortos de LM, donde el eje de la atención es la técnica de la lactancia y no la atención a las necesidades, inquietudes o dificultades que tiene la madre, generándole a ella mayor inseguridad y de paso, desesperación y frustración por no poder lactar adecuadamente a su bebé.

Esta situación es consistente con lo reportado por Sheehan y cols (2009) (110), donde el apoyo deficiente de los profesionales de salud aumentó la incertidumbre de las mujeres, disminuyó su confianza y contribuyó al abandono de la LM y por Redshaw y cols (2012) (111) que concluye en su estudio, que todas las parteras y enfermeras que trabajan con

mujeres en el periodo posnatal necesitan un entrenamiento continuo en el apoyo a la LM, para facilitar un asesoramiento consistente y ayuda práctica y para fomentar una actitud positiva de "poder hacer", más ampliamente.

En esta investigación, el personal consejero reportó que realiza enseñanza en pareja durante la gestación, de forma individual a la madre en el posparto inmediato y de dos maneras en el egreso hospitalario: individual a la madre y grupal. Este tipo de acompañamiento a la madre es consistente con lo que recomienda Bueno LGS (85) en su artículo de revisión "Aconselhamento em amamentação e sua prática". Según este autor, se recomienda en la *gestación* hacer dinámicas de grupo en las salas de espera con la gestante y acompañantes, previo a la consulta individual; lo importante es que los asistentes se sientan incluidos y con libertad para exponer sus ideas, a fin de que aprendan con las experiencias y vivencias de los otros, se puedan resolver problemas y construir sus decisiones sobre la LM.

En el *posparto inmediato*, según el artículo de revisión de Bueno LGS (85), se realiza atención individual y en dependencia de si la madre se preparó o no durante el acompañamiento prenatal para la lactancia. Si no está preparada, se requiere un mayor acompañamiento. Y al *egreso hospitalario* el manejo es semejante al del control prenatal, es decir, mediante dinámicas de grupo, previo a la consulta individual.

Diversos estudios sostienen que las intervenciones que se realizan durante los tres momentos, es decir, desde la gestación hasta el egreso hospitalario, son más efectivas que las que se realizan en uno de los tres momentos. Igualmente, si desarrollan diversas metodologías de acompañamiento a la madre, en lugar de usar un solo método y en especial si ese acompañamiento está centrado en las necesidades de la madre, más que en actividades educativas realizadas de manera general (11), (112), (113).

Aunque en esta investigación se observó que en el egreso hospitalario prevalece la consejería individual y grupal, esta se hace cuando las madres se acercan a la institución de salud, reconociendo el hecho de que no hacen visitas domiciliarias y de que las IAMI realizan un bajo o nulo monitoreo de la práctica de la LM de las madres⁶, a pesar de que

⁶ Es importante reconocer, que aunque en las IAMI de esta investigación no se hacen visitas domiciliarias, se cuenta a nivel del Distrito Capital con programas gubernamentales que entre otras actividades, realizan orientación en LM a las madres y sus familias. Es así, como la SDIS cuenta con el programa creciendo en

es en el puerperio donde más necesidad tienen las madres de apoyo, por las dificultades que se presentan con la lactancia.

Tal como lo reportan Sheehan y cols (2009) (110), “las mujeres encuentran las 2 a 6 primeras semanas como el momento más difícil para la lactancia” y “es el momento en que las mujeres tienen la mayor interacción con los profesionales de la salud”, pero, también resalta que “los profesionales de la salud a menudo son incapaces de proporcionar el apoyo que las mujeres necesitan y / o desean”. Es decir, a pesar de que hay presencia del personal de salud en el egreso hospitalario, se reconocen, al igual que en el presente estudio, las falencias de estos en cuanto a las debilidades por ofrecer una CLME. Lo que significa que no se están atendiendo efectivamente las inquietudes y dificultades que presentan las madres en uno de los momentos en que más precisan de apoyo para mantener la LME.

La importancia del acompañamiento a la madre desde la CLME, al egreso hospitalario, por parte del personal de salud mediante la visita domiciliaria o a través de pares consejeros, ha sido documentada en varios estudios, donde se concluye que el frecuente acompañamiento a la madre, aumenta significativamente la duración de la LME (114), (115), (116) y además, que es necesario complementar los esfuerzos que se realizan para apoyar a la madre, desde la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños, con la visita domiciliaria (117). También lo resalta claramente en su tesis doctoral, Dowling, S. (2013) (118), quien concluye que “el apoyo de los profesionales de la salud para la LM no debe limitarse a una adhesión rígida y dogmática a las "reglas" prescritas. El apoyo debe ser individualizado, centrado en la mujer, facilitador y basado en la asociación. Se debe considerar la posibilidad de aumentar la duración de las visitas a domicilio a las mujeres para apoyar la continuación de la LM”.

Por otra parte, llama la atención la baja participación del profesional nutricionista dietista en el apoyo a la madre. En esta investigación se encontró que quienes tienen mayor

familia donde se orienta en LM (no es hace CLME), por parte de un profesional de salud mediante la visita domiciliaria, a las gestantes y familias con madres en periodo de puerperio. Así mismo, el ICBF cuenta con diversas modalidades de atención a las gestantes, madres en lactancia y a la primera infancia, como: Hogares comunitarios de bienestar familiar, FAMI (Familia, Mujer e Infancia), Desarrollo infantil en medio familiar, donde se realizan visitas domiciliarias psicosociales, en especial en éstas dos últimas modalidades. En estas visitas, además de promover la LM, se realizan diversas actividades como verificación de derechos, de condiciones socio familiares y de lazos afectivos.

contacto con la madre son la enfermera y especialmente la auxiliar de enfermería. Esto suscita varios planteamientos y reflexiones para la acción, por un lado, ¿se requiere un perfil profesional y/o personal especial para dedicarse a la CLME? Es posible que otro profesional pueda desempeñarse como consejero?

Es posible igualmente, que se esté formando en CLM a profesionales que no van a estar en contacto directo con la madre, lo que constituye una pérdida de recursos económicos y tiempo, tanto para quien imparte el curso como para quien lo recibe. Aspectos que deben ser revisados completamente, dados los recursos limitados que existen para la formación en CLM en nuestro país, tal como se evidenció en la evaluación al PDLM 1998-2008 (108).

Con los hallazgos de esta investigación, cabe preguntarse ¿cuál es el papel del profesional nutricionista dietista en las instituciones de salud, con relación a la CLME?, es decir, ¿en cuál de los tres momentos se hace o debería hacerse más relevante su presencia en el acompañamiento a la madre y de qué manera debe hacerse?. Esto en el entendido de que el apoyo a la madre debe hacerse en todos los momentos, como un todo, tal como lo reporta la literatura actual, en el que se sugiere que las intervenciones que tienen lugar durante una combinación de periodos, el prenatal, parto inmediato y posparto son más efectivas que aquellas que se hacen en un solo momento (119).

Igualmente, es necesario indagar, entre otros aspectos, si las actividades que se realizan en las instituciones de salud relacionadas con la LM, están enfocadas hacia su promoción o hacia acciones que puedan desestimular la práctica de la LM por parte de las madres.

Los participantes del estudio reconocen algunas barreras que encuentran las madres, para que no puedan lactar exclusivamente a sus bebés hasta los seis meses. Sin embargo, la mayoría de estas, relacionadas con: creencias de la madre, poca disposición de las madres para lactar, dolor, pueden ser consecuencia de una combinación de situaciones que presenta la madre como inseguridad hacia la producción de leche y desconocimiento sobre la LM y que ha sido reportado en varios estudios (2), (3), (4), (7), (51), (52), (53), (54), como factores que limitan el inicio de la lactancia en el posparto y que deben ser abordados en el apoyo que debe darse a la madre en la CLME, desde la gestación hasta el egreso. Se resalta en esta investigación que tan solo un participante mencionó como barrera la baja escolaridad de la madre, el cual está relacionado probablemente con el estrato socioeconómico o variables sociales.

Llama la atención que algunos consejeros hayan identificado barreras para hacer la CLME y que las más reiteradas sean las relacionadas con la institución de salud, en concreto referidas con la falta de tiempo para dedicarse a hacer consejería, el insuficiente talento humano, los recursos limitados y la falta de capacitación y de apoyo. Estos hallazgos son consistentes con lo señalado por Redshaw y cols (2012) (111), “la escasez de personal, fue expuesta por las madres del estudio como una explicación de la mala atención y las actitudes negativas”. Igualmente un estudio cuasi experimental (120) reportó que las mujeres se refirieron a los elementos institucionales que no apoyaban y hacían que la LM fuera más difícil, como el personal ausente; proveedores de servicios de salud que se rindieron, eran directivos sobre las opciones que ellas proponían para alimentar a sus hijos, los múltiples contactos con diferentes profesionales de la salud y los cuidadores que socavaron sus decisiones y fueron inflexibles”.

Sobre el tiempo insuficiente, a pesar de que no se indagó en este estudio si el personal se dedicaba exclusivamente a la consejería, éste fue reportado por 17 consejeros, sin embargo, es seguro que si se realizara la consejería de otra manera, es decir, que no fuese a través de indicaciones o explicaciones, es posible que un mayor número de consejeros hubiese expresado la necesidad de contar con más tiempo para acompañar a la madre.

Otras recomendaciones que dan los consejeros a las IAMI, es contar con recursos (talento humano y materiales) para la CLME, además, que todo el personal de salud que tiene contacto con la madre tenga similares conceptos sobre LM y que la promuevan de manera permanente en la institución de salud, entre otras.

Con relación a la unificación de conceptos en lactancia, llama la atención de que además de que la “consejería” que se ofrece a la madre está basada en la información y la explicación, hay un reconocimiento por parte de los consejeros, de que no hay unificación de conocimientos al interior de las IAMI, lo que constituye una barrera (77) que debe superarse al interior de las instituciones de salud y además, es una necesidad expresada por las madres, de contar con información clara, apoyo específico y sin mensajes contradictorios (121), (122), (123). De lo contrario, se le podría generar a la madre mayor desconfianza e incertidumbre hacia su capacidad para la lactancia, lo que desestimularía completamente el inicio y mantenimiento de la LME.

Por lo discutido anteriormente, es posible afirmar que los participantes de este estudio no tienen las competencias que se requieren para ser consejero en LM, por cuanto no cuentan con las habilidades necesarias para apoyar a la madre con la lactancia. El personal consejero ha recibido cursos de LM en la institución de salud, lo que suele confundirse con CLM, por lo que los conocimientos que poseen están relacionados con la técnica de la lactancia y sus beneficios. Igualmente, el significado de CLME para los consejeros es el de enseñar, informar o explicar y esto mismo es lo que realiza cuando se tiene contacto con la madre. Es así, como la madre recibe información o explicación sobre la técnica de la lactancia, en especial durante el posparto inmediato que es el momento de mayor contacto de los consejeros con la madre, pero no recibe apoyo centrado en sus necesidades, ni cuando presenta inseguridad hacia la lactancia. Por tanto, ¿de qué consejería en LME habla el personal consejero en las 12 IAMI de la ciudad de Bogotá?

Además, la información que se ofrece a la madre es contradictoria y es ofrecida por un consejero que carece de tiempo para dedicarse a apoyar a la madre según sus necesidades. Igualmente, no se hace seguimiento a la práctica de la lactancia, al egreso hospitalario, por lo que la madre debe enfrentarse a una serie de dificultades que se le presentan con la lactancia y que muy seguramente no podrá resolver, basada únicamente en la información o explicación que recibió por el consejero durante la estancia hospitalaria o que son resueltas culturalmente por miembros de su familia o amistades.

Esta forma de interacción con la madre, es posible que le impida dar respuesta oportuna a las necesidades y dificultades de la madre con la lactancia, por lo que se estaría incidiendo negativamente en la CLME y en la práctica de la LME y de paso en la salud y bienestar del binomio madre e hijo.

4. Experiencia vivida en la CLME, por un grupo de madres en periodo de lactancia

En este capítulo se presentan los hallazgos de la segunda etapa de la investigación, correspondiente a la comprensión del significado de la CLME durante la gestación, posparto inmediato y egreso hospitalario, para un grupo de madres en periodo de lactancia, atendidas en las IAMI de la ciudad de Bogotá. En primer lugar, se presenta la historiografía, que está compuesta por la dimensión ontica de los hechos que contextualiza el quién del ser, en este caso, las madres participantes en ésta investigación, luego se presenta la historicidad, que se realiza con el fin de explicitar la singularidad de cada madre participante, y finalmente, se identifican y desarrollan las unidades de significado que son las que sustentan la comprensión del objeto de esta investigación.

4.1 Historiografía

En total participaron 19 madres en periodo de lactancia, con un promedio de edad de 23 años, atendidas en 3 IAMI de la ciudad de Bogotá. La distribución de las madres por IAMI fue la siguiente:

- Hospital de tercer nivel de atención (público): 8 madres.
- Hospital de segundo nivel de atención (público): 6 madres.
- Hospital de cuarto nivel de atención (privado): 5 madres.

La tabla 4-1 presenta la descripción del ser ahí, es decir, la madre que está lactando o en algún momento lactó a su bebé. En general, son madres con diversos grados de escolaridad, que van desde la primaria hasta el posgrado. Predomina la unión libre como su estado civil y son madres pertenecientes a los estratos socioeconómicos 2 y 3, residentes en diferentes localidades de la ciudad de Bogotá. Llama la atención la dificultad para estudiar población de estratos 5 y 6.

Tabla 4-1: Historiografía

No	Identificación de la madre	Edad	Escolaridad	Estado Civil	Localidad de residencia	Estrato socio Económico
1	ARHE1	20	Bachillerato incompleto	Unión libre	Barrios Unidos	2
2	APHE2	19	Bachiller	Unión libre	Engativá	3
3	KMHK3	30	Bachiller	Unión libre	Kennedy	2
4	XCHK4	22	Técnica profesional	Unión libre	Kennedy	2
5	MPHK5	20	Bachiller	Unión libre	Bosa	2
6	ASHK6	22	Bachiller	Unión libre	Bosa	2
7	ADHK7	27	Bachiller	Soltera	Kennedy	2
8	LPHK8	21	Bachiller	Unión libre	Kennedy	2
9	KVHK9	21	Primaria	Unión libre	Kennedy	2
10	AOHK10	26	Bachillerato incompleto	Unión libre	Bosa	2
11	AEHSI11	21	Estudiante universitaria	Soltera	Usaquén	3
12	LAHSI12	28	Especialista	Casada	Usaquén	3
13	RRHSI13	25	Técnica profesional	Soltera	Fontibón	3
14	OCHSI14	24	Técnica profesional	Unión libre	Suba	3
15	AMHE15	19	Tecnóloga	Soltera	Engativá	3
16	ARHE16	22	Técnica profesional	Unión libre	Engativá	3
17	AMHSI17	20	Estudiante universitaria	Casada	Puente Aranda	3
18	YAHE18	24	Primaria	Soltera	Engativá	3
19	LCHE19	25	Tecnóloga	Unión libre	Engativá	3

4.2 Historicidad

El análisis de la historicidad anuncia la dimensión fenomenológica al considerar lo vivido del humano en su cotidiano, revela subjetividades y expresa la intersubjetividad del encuentro. A continuación se presenta la historicidad de cada una de las madres participantes en la investigación:

La madre ARHE1 tiene 20 años, estudió hasta octavo bachillerato y no trabaja, está cuidando al bebé. Vive en unión libre y en la localidad de Barrios Unidos, perteneciente al estrato 2. Tiene un bebé de 4 meses que recibe LME. Iniciando la lactancia tuvo dificultades por la congestión en sus senos. “Pues se me congestionaron los senos, pero el mismo, yo lo ponía y él lo descongestionaba”. Luego a los tres meses tuvo dificultades con la bajada de la leche: “...duré como quince días que no me baja leche entonces si tuve unos días muy difíciles....”

La madre APHE2 tiene 19 años, es bachiller y no trabaja, está cuidando al bebé. Vive en unión libre y en la localidad de Engativá, perteneciente al estrato 3. Tiene un bebé de 4 meses que recibe LME. Tuvo dificultades con la lactancia debido a mal agarre por pezón plano: “Por lo que tenía pezón plano entonces era difícil que él lo agarrara, pero ya que me saliera leche no, porque siempre me salió buena leche”

La madre KMHK3 tiene 30 años, es bachiller y no trabaja, está cuidando a la bebé. Vive en unión libre y en la localidad de Kennedy, perteneciente al estrato 2. Tiene una bebé de 4 meses y a partir de los 3 meses la bebé recibió jugos de papaya y granadilla: “...le di juguito de papaya porque estuvo enfermita del estomaguito y juguito de granadilla, no más le he dado, porque me da miedito”. No tuvo dificultades con la lactancia.

La madre XCHK4 tiene 22 años, es técnica profesional y trabaja actualmente. Vive en unión libre y en la localidad de Kennedy, perteneciente al estrato 2. Tiene una bebé de 4 meses que recibió lactancia exclusiva hasta el primer mes. Tuvo dificultades con la lactancia debido a mal agarre por pezón plano: “...yo no tenía pezón, entonces la niña no podía como chupar bien, no podía agarrarlo bien...”

La madre MPHK5 tiene 20 años, es bachiller y no trabaja, está cuidando a la bebé. Vive en unión libre y en la localidad de Bosa, perteneciente al estrato 2. Tiene una bebé de 4 meses que recibe LME. No tuvo dificultades con la lactancia.

La madre ASHK6 tiene 22 años, es bachiller y no trabaja, está cuidando a la bebé. Vive en unión libre y en la localidad de Bosa, perteneciente al estrato 2. Tiene una bebé de 4 meses que recibe LME. Tuvo dificultades con la lactancia por congestión de los senos: “...se empezaron fue a formar como bolas en el seno por lo que no salía toda la leche”

La madre ADHK7 tiene 27 años, es bachiller y trabaja actualmente. Es soltera y vive en la localidad de Kennedy, perteneciente al estrato 2. Tiene un bebé de 4 meses que recibe LME. No tuvo dificultades con la lactancia.

La madre LPHK8 tiene 21 años, es bachiller y no trabaja, está cuidando a la bebé. Vive en unión libre y en la localidad de Kennedy, perteneciente al estrato 2. Tiene una bebé de 4 meses quien recibió LME hasta los 3,5 meses. Iniciando la lactancia tuvo dificultades porque la bebé no se pegaba al seno. “...y la bebé no se me pegaba, no tomaba, nos tocaba ponerla y ella se soltaba, no la quería...”

La madre KVHK9 tiene 21 años, tiene estudios de primaria y no trabaja, está cuidando a la bebé. Vive en unión libre y en la localidad de Kennedy, perteneciente al estrato 2. Tiene una bebé de 4 meses quien recibió LME hasta los 20 días de nacida. Tuvo dificultades con la lactancia porque no le salía leche a la madre: "...entonces yo me tocó llamar una doctora y decirle no es que la niña no me ha comido nada, no no me bajaba nada y yo me espichaba y me espichaba".

La madre AOHK10 tiene 26 años, estudió hasta séptimo de bachillerato y no trabaja, está cuidando al bebé. Vive en unión libre y en la localidad de Bosa, perteneciente al estrato 2. Tiene un bebé de 4 meses quien recibe LME. No tuvo dificultades con la lactancia.

La madre AEHSI11 tiene 21 años, es estudiante universitaria y aplazó sus estudios para cuidar a la bebé. Es soltera y vive en la localidad de Usaquén, perteneciente al estrato 3. Tiene una bebé de 5 meses que lactó exclusivamente hasta los 4 meses y medio. Inicialmente tuvo dificultades con la lactancia porque la bebé no agarraba el seno por lo que los primeros días le ofreció leche de fórmula. "...fue un problema porque la niña no me agarraba el seno, tenía muy buena succión pero mi pezón no estaba muy bien, no sé, no agarraba..."

La madre LAHSI12 tiene 28 años, es especialista y trabaja actualmente. Es casada y vive en la localidad de Usaquén, perteneciente al estrato 3. Tiene una bebé de 5 meses que lactó exclusivamente hasta los 4 meses. No tuvo dificultades con la lactancia pero si una preocupación inicial porque sentía que ya no tenía más leche: "...yo sentía que ya no tenía más y ella como que comió y seguía llorando entonces como que tocó darle como complemento porque pues yo no tengo más y sigue llorando..."

La madre RRHSI13 tiene 25 años, es técnica profesional y no trabaja, está cuidando al bebé. Es soltera y vive en la localidad de Fontibón, perteneciente al estrato 3. Tiene una bebé de 4 meses quien lactó exclusivamente hasta el primer mes de nacida. Tuvo dificultades con la lactancia porque no le salía mucha leche: "...ya como a los 15 días más o menos empezó a disminuir, entonces ahí por primera vez a los 20 días le di, le di alimento...lechecita de formula".

La madre OCHSI14 tiene 24 años, es técnica profesional y trabaja actualmente. Vive en unión libre y en la localidad de Suba, perteneciente al estrato 3. Tiene un bebé de 4 meses quien lactó exclusivamente hasta los 2 meses. Tuvo dificultades con la lactancia por pezones lastimados y porque sentía que no le daba suficiente leche al bebé: "...fue durante el primer mes que si se, los pezones estaban súper lastimados y yo sentía que no le estaba dando la suficiente leche al niño".

La madre AMHE15 tiene 19 años, es tecnóloga y no trabaja actualmente, está cuidando a la bebé. Es soltera y vive en la localidad de Engativá perteneciente al estrato 3. Tiene una bebé de 5.5 meses quien lactó exclusivamente hasta los 5 meses. Tuvo dificultades con la lactancia por pezones fisurados y mastitis: "... a mí se me hizo una abriola alrededor del pezón porque ella cogía todo el pezón, a mí se me quemó, a mí me salió sangre, se me cuartearon los senos", "...me dio mastitis, el seno se me puso rojo, se me puso duro, inclusive me alcanzaba a doler la parte de un costado y hacia atrás de la espalda".

La madre ARHE16 tiene 22 años, es técnica profesional y trabaja actualmente como independiente. Vive en unión libre y en la localidad de Engativá, perteneciente al estrato 3. Tiene una bebé de 5.5 meses quien lactó exclusivamente hasta los 5 meses. Tuvo dificultades con la lactancia por congestión en los senos: "...por la cantidad de leche que producía era demasiada y los senos se me inflamaron, esa glándula se desarrolló impresionantemente y se me inflamó muchísimo, entonces yo no podía bajar el brazo".

La madre AMHSI17 tiene 20 años, es estudiante universitaria y pronto terminará sus estudios. Es casada y vive en la localidad de Puente Aranda, perteneciente al estrato 3. Tiene una bebé de 5 meses quien recibe LME. Tuvo dificultades con la lactancia por congestión en los senos y pezones lastimados: "...se me llenaban hartísimo y me dolían y se me hicieron bolas acá", "...se me pusieron rojos casi me sale incluso sangre, fue en la primera semana".

La madre YAHE18 tiene 24 años, estudió hasta quinto de primaria y no trabaja actualmente, está cuidando a la bebé. Es soltera y vive en la localidad de Engativá perteneciente al estrato 3. Tiene una bebé de 5 meses quien lactó exclusivamente hasta los 4.5 meses. No tuvo dificultades con la lactancia.

La madre LCHE19 tiene 25 años, es tecnóloga y no trabaja actualmente, está cuidando a la bebé. Vive en unión libre y en la localidad de Engativá, perteneciente al estrato 3. Tiene una bebé de 5 meses quien no lactó exclusivamente. Tuvo dificultades con la lactancia porque no le bajó la leche: "...lo que pasa es que yo no tengo pezón, ella succiona y a mí no me sale nada".

Es posible observar que la cotidianidad de la mayoría de las madres estuvo marcada por la presencia de inquietudes y dificultades presentadas con la lactancia, representada por la no salida de la leche, mal agarre, congestión en los senos y pezones lastimados. Igualmente, se observa una reducida práctica de LME, es así como 12 madres (6 con bebés de 4 meses y 6 con bebés de 5 meses) no estaban lactando exclusivamente a sus hijos al momento de la entrevista, en tanto que 7 madres (6 con bebés de 4 meses y 1 con bebé de 5 meses) si los estaban lactando exclusivamente.

4.3 Unidades de significado

A continuación se presentan los significados que se destacaron de la lectura y análisis cuidadoso de las entrevistas a las madres. Se presentan el significado de la experiencia de las madres de este estudio durante la gestación, posparto inmediato y egreso hospitalario y lo que para las madres significa la CLME producto de su vivencia en estos momentos y como un todo vivido como ser, como sentido del ser, y como es cada una de ellas en sí misma. Al final, se presentan las 9 US que denotan el significado referente a la experiencia de la CLME vivida por las madres participantes, como un todo.

4.3.1 La experiencia de la consejería en lactancia materna exclusiva durante la gestación

Para este grupo de madres la experiencia de la CLME durante la gestación, puede ser comprendida de dos maneras, la primera por la ausencia de la consejería, bien sea por no haber asistido a los controles o en los controles no recibieron la consejería y en su lugar recibieron indicaciones por parte de su familia (mamá, hermana, suegra, tía) o consultaron en internet. Dentro de los hallazgos importantes de mencionar en relación con ambas situaciones, se referencian a continuación algunas experiencias vividas en este momento de la gestación.

*“...sí pero no a los cursos esos que daban no... porque la verdad yo trabajaba, **yo trabajé durante todo el embarazo hasta el último día y pues no me quedaba tiempo... También por internet, si, por curiosidad si, si porque la verdad en el hospital no me dieron así mucha indicación sobre la lactancia” (AOHK10)***

“Yo fui a un taller pero no me explicaron mucho, entonces a la, los otros no, no fui, fui a uno, pero explicaron sobre el humo de la estufa, cositas básicas pero, pero ya después no fui...” (MPHK5)

*“...pues la verdad, yo no fui a ningún curso, a ningún curso y realmente los controles eran más que todo porque a mí me, pues tenía anemia, entonces era más tratando sobre eso. Realmente **consejería para la lactancia no recibí**” (OCHS114)*

*“Porque mi hermana también tiene niños, y eso, entonces **ella poquito a poquito me iba explicando**, entonces uno ya estaba como preparada, que es ser mama más o menos” (MPHK5)*

*“... mi mamá, mi suegra hem si, las señoras ya con experiencia pero sobretodo **mi mamá y mi suegra y de pronto algunas tías, me habían dicho he, es muy bueno que solo le des leche**, que no le vayas a dar tetero, heee si te va doler te voy a recetar alguna crema para el pezón, etc” (AEHS11)*

*“...**durante el embarazo yo no recibí ninguna consejería** pero si sabía ya cómo porque eh... pues **mi mamá tiene niños pequeños y yo alcancé a vivir con ella hasta doce años y pues yo veía ella como los alimentaba y pues ahí más o menos me guie**”... no, nada de eso, simplemente iba, me pesaban, me median el útero y ya, nada más” (AOHK10)*

En estas vivencias se observa ausencia del equipo de salud, la asistencia a talleres y charlas poco motivantes y falta de tiempo de la madre, y se reconoce el papel de la familia (abuela, suegra, hermana) especialmente de la mujer en las indicaciones que se dan a la gestante.

Para otro grupo de madres, la vivencia de la CLME en la gestación es procedimental, traducida en rutinas por parte del personal de salud, basadas en charlas, explicaciones o indicaciones para “estimular el pezón”, para el adecuado “agarre del pezón y la postura al seno”. Además, en la indicación del “seno hasta los 6 meses”, “darle cada vez que el bebé pida”, “la alimentación de la madre y las dificultades con la lactancia como la mastitis”.

En algunos casos estas indicaciones vienen acompañadas de materiales didácticos como: muñecos de bebés o moldes de senos. Se observa en los relatos de estas madres que emerge un lenguaje más técnico, posiblemente debido a la vivencia de los controles recibidos en la gestación. Sin embargo, no se observa que haya una consejería que se dirija a la madre ni a la importancia del vínculo que se logra entre la madre y su hijo con la lactancia. Por la manera como se aborda la consejería en la gestación, no refleja la razón de ser de la CLME.

*“... allá **nos explicaban** que digamos uno podía amamantar al bebé colocándolo frente al seno sentado, para que fuera más fácil amamantarlo, entonces el seno se cogía en forma de C para que el bebé lo pudiera coger bien para, para que él se pudiera lactar bien y la otra era que no se le ponía directamente el seno en la boca si no cerca a la boca para que ellos, eh... como que ejercieran eso del método de búsqueda para que ellos se pudieran amamantar.... ellas **llevaban hee como unas especies de moldes de lo que eran los senos**, entonces **ellas nos explicaban** cuál era el pezón plano, cuál era el invertido....” (ASHK6)*

*“Solo **me decían** como lactarla todo eso pero la lactancia en sí no sé... si **como lactarla, como alimentarla, si y cogerla**, si y todo eso, para ponerla... **me explicaron** la posición, la postura de la bebé, cómo tiene que estar para comer” (LPHK8)*

*“**Me dijeron** que exclusivamente, el niño necesitaba recibir la leche materna de que nace hasta los seis meses exclusivamente porque eso es lo que le va a dar defensas, **de cómo ponerlo a él para que succionara bien su leche**, de cuantos minutos había que ponerlo, entonces me dieron muchos consejos que yo no sabía como mamá primeriza.... Llegó una muchacha, una practicante y se sentó conmigo en mi cama y me **comenzó a explicar de como tenía que poner al niño** de cómo, de cómo, sacarle los gases, de cuánto tiempo tenía que ponerlo, que la leche materna tenía sus beneficios, para que el tuviera sus defensas y todo eso” (ARHE1)*

*“Yo asistí a los cursos pre natales que me brindó el hospital, en ellos también **me explicaron**, fui a todos los cursos que tenía que estar, en ellos **me explicaron, simulábamos con muñecos, nos enseñaban** con diapositivas, nos daban un curso completo de una hora, pues lo que le comentaba... **simulábamos con muñecos de, de bebés hee...**” (ARHE16)*

Para la mayoría de las madres, las indicaciones o explicaciones del personal de salud parece ser no fueron de utilidad, bien sea porque no las recibieron⁷ o porque buscaron otras opciones de ayuda y al parecer encontraron mayor utilidad en las indicaciones recibidas por la familia o en lo consultado en internet⁸.

Según la experiencia de algunas madres, si fue de utilidad lo explicado o indicado por el personal de salud. Ellas reconocen su importancia por la observación que hacen de su condición de primerizas y por tanto, por no tener conocimientos sobre la LM. La utilidad

⁷ Según el relato de una madre: “No, porque yo creo que si le hubiera dado a mi hija lactancia más tiempo” (XCHK4).

⁸ Una madre encontró utilidad en lo consultado en internet: “Si claro, si claro igual pues decía lo mismo casi similar a lo de los folletos” (AOHK10).

que reconocen estas madres y que se evidencia en los siguientes relatos, está orientada más hacia la técnica de la lactancia, tal como emerge de sus relatos: sirvió para “saber más”, en especial para “orientarse más”, para “aprender cómo coger al bebé y para saber cómo amamantarlo”.

*“Pues porque en ese momento **no sabía cómo apoyar a mi bebé, mi bebé, si o sea al pezón, o sea no, no, no sabía cómo amamantarlo en ese momento**, pues porque tenía muchos nervios, porque estaba muy chiquitico... si porque o sea **cuando ya el nació yo tenía más o menos idea de cómo hacer para amamantarlo**, para sacarle sus gasecitos, qué tiempo necesitaba el para que quedara llenito y todo, y todo eso” (ARHE1).*

*“Si señora claro, para, como **para orientarme más y también coger a mí bebé**, como... si fuera un apoyo más. Entonces sí, para **como para pensar más allá porque yo no sabía lactar un bebé**” (LPHK8).*

*“Si porque pues, cuando él nació, pues era difícil, por lo que yo casi no tenía, no tenía el pezón, entonces como... entonces **cuando él nació ya me sirvió como, como me mostraron para sostenerlo y poder darle y ya que cada vez que el pedía yo me acordaba que tocaba darle... pues para eso para saber cómo alimentarlo**, para que si... **para apegarme a, él más que todo**” (APHE2).*

*“... en todo el sentido porque pues es lo que digamos uno siempre tiene en mente, **cómo coger el niño, cómo darle**” (ADHK7).*

En el diagrama 4-1 se presenta una síntesis de la experiencia vivida por las madres del estudio durante la “CLME” en la gestación, marcada por la ausencia de la consejería por inasistencia a los controles o por controles sin consejería y por la presencia del personal de salud mediante charla, indicación o explicación para “estimular el pezón”, “el agarre y postura al seno”, “los tiempos para lactar”, “dar seno hasta los 6 meses”, “darle cada vez que el bebé pida”, “alimentación de la madre”, “dificultades con la lactancia como la mastitis”.



Diagrama 4-1 Experiencia vivida por las madres durante la consejería en lactancia materna exclusiva en la gestación. Fuente propia.

4.3.2 La experiencia de la consejería en lactancia materna exclusiva durante el posparto inmediato

Para todas las madres del estudio, la experiencia de la CLME estuvo marcada por la presencia del personal de salud al momento de iniciar la lactancia, quien les dio una serie de indicaciones o explicaciones sobre "cómo coger al bebé y ponerlo al seno", "poner al bebé cada veinte minutos en un seno diferente", en explicarle las "bondades o importancia de la lactancia materna, del calostro", en "revisarle los pezones" en "espicharle los pezones" y "hacerle masajes". Experiencia basada en las indicaciones de algunas técnicas dada por el personal de salud, más no relacionada con las necesidades y el sentir de cada una de ellas. En las narrativas no se evidencia el rol que debe desempeñar un consejero por parte del personal de salud, en el momento del posparto inmediato, de manera que

resignifique la importancia y vivencia de la LM y que dé respuesta a las necesidades de la mujer en su rol de madre.

*“Fue una enfermera que **me dijo póngala (risas) cada veinte minutos en un seno diferente**, si y ahí me la puso y yo le decía que no me salía nada..... y entonces yo me tocó llamar una doctora y decirle no es que la niña no me ha comido nada, no no me bajaba nada y yo me espichaba y me espichaba... yo le dije y se la llevaron..... creo que pa darle de comer... **ella me tocó los senos y todo** y se la llevó” (KVHK9).*

*“.....**me revisaron a ver cuánto me salía y me espicharon un poquito a ver cuánto me salía** y me dijeron que me salía muy bien, al contrario que yo soy lechera, entonces ahí ya darle de comer a mi bebé y hasta el otro día..... Lo único que **me explicaron fue lo del pezón a ver si me salía leche, que nos colocáramos con el bebé, ombliguito con ombliguito y tenerle bien la cabecita, sacarle sus gasecitos y otra vez si quiere pedir tetica**” (MPHK5).*

*“No, el nació y, y **lo único que me decían era dele, dele pero no me decían como ni nada**, fue que yo me acordé como era que había que darle pero allá que me dijeran mire haga así, haga así, no, solo dele de comer y ya” (APHE2).*

*“Pues si una enfermera, **ella se acercó y me dijo mire tiene que coger a la niña así y sacarse el seno así y darle pues pecho si?**... entonces ella me ayudó así con masajes y eso” (XCHK4).*

Las indicaciones o explicaciones dadas por el personal consejero, parecen no satisfacer las expectativas de las madres, lo cual condiciona a que algunas madres busquen apoyo, con indicaciones recibidas de su familiar (madre) o leyendo en materiales como hojas, folletos o cartillas que les fueron entregados en el hospital al momento de su egreso.

“.....entre las doctoras y mi mamá me ayudaban a sostener a la bebé, me explicaban como poderla sostener y poderme sostener el seno para, para darle” (ASHK6)

“...mi mamá, mi mamá es enfermera, entonces ella misma me enseñaba, los primeros días que era complicado porque no, no me salía” (RRHSI13)

“eso ya, no me lo dijeron, me lo entregaron en una hoja el día de la salida de nosotras del hospital” (KMHK3)

“...muchas de ellas pues yo las leí, en folletos que nos daban pero de esos de hoggis y esa gente que iba hacer patrocinando pañales y eso... el día que yo salí fue winny y me dio un folleto de eso” (AOHK10)

“... y después de eso solamente llegaron como los practicantes del hospital y me dieron una cartilla y me dijeron recuerda que es exclusividad materna hasta los 6 meses y ya, y se fueron” (AMHSI17)

La mayoría de las madres encontraron utilidad en las indicaciones o explicaciones recibidas por el personal consejero. Según las madres, les sirvieron “para que saliera leche por las indicaciones o instrucciones que le dieron para la postura”, “para aprender a lactar”.

*“...y ella me decía **no póngala a que le succione que eso ella le llama leche porque le llama y claro si, menos mal porque si no yo le hubiera puesto tetero, pero gracias a las instrucciones de ellas, si ella eso si me decía, así no le salga déjela que ella le succione que eso le llama leche si eso si fue**” (YAHE18)*

*“...o sea así **tal cual como ella me dijo, yo cogí la niña y yo la puse y empecé, la leche empezó a bajar y a bajar...** “Para aprender, de cómo lactar a mí bebé” (KMHK3).*

*“Si señora si claro, porque lo que pasa es que cuando, cuando al principio no me quería salir o sea, me salía pero muy poquito, en cambio **ya cuando llegó y me empezó hacer así alrededor y entonces me espichó y ahí si empezó a salir harto** y ya cuando llegué acá tenía esos senos así no me soportaba ni los brasieres” (ADHK7).*

*“Si porque digamos, ya uno sabía cómo cuadrar al bebé para poderlo lactar, si, **esa fue una gran ventaja porque uno sin tener idea como iba hacer para lactarlo, entonces siempre me sirvieron los consejos que nos dieron... no solo para la postura sino también para uno saber cómo acomodarse para poderlo lactar**, porque uno piensa que es solo sentarse, darle el pecho y ya o acostarse y darle el pecho y ya” (ASHK6)*

Llama la atención que una de las participantes da importancia a la LM por el vínculo que se logra con el bebé: “pues me sirvió mucho para tener un vínculo con mi bebé porque es muy bonito o sea amamentarlos a ellos porque ellos miran directamente a los ojos, y a veces pues ya como mi niño está un poquito grande él se ríe conmigo y esa mirada o sea es una mirada de amor que uno tiene en ese momento con ellos” (ARHE1).

Algunas madres relataron que la llamada CLME “no les sirvió para nada” porque no hubo una mejor empatía, porque “no hubo una mejor explicación”, porque “no aprendió como coger el seno” y porque al contrario, los mensajes poco claros dados por el personal de salud, le generaron “confusión”.

*“No señora, no porque de pronto **si ella me hubiera explicado un poco mejor yo hubiera podido darle mejor leche a mi hija**, entonces me tocó optar por el tarro de leche, pues por necesidad porque me daba cosa que se me bajara de peso o algo” (XCHK4).*

*“Pues la verdad **yo creo que para nada, porque, pues empezando que los médicos dicen que el pecho uno tiene que cogerlo en tipo C y tú sabes que pues uno de madre primeriza uno pues no sabe y uno lo coge en C y es incómodo porque uno no sabe cómo cogerlo**, o sea no sabe, entonces en el hospital nada...” (AMHE15)*

*“Pues en el hospital pues en el momento **yo me acordé más de lo que me dieron en los cursos psicoprofilácticos** y más bien fue después como a las dos semanas que ya medio uno se empieza a recuperar, que empecé a leer la cartilla pero era básicamente lo que me*

*habían dicho en la... **en los cursos y entonces la verdad tuve más como de los cursos, esa vez no fue mucho***” (AMHSI17)

*“Pues **en cierto punto digamos me ayudó a saber cómo ponerla pero después me confundieron todas**, todo el tiempo me confundieron porque no sabía cómo, o sea, no sabía si realmente le estaba dando, si era muy importante... no sabía... en realidad no, en últimas en últimas no me sirvió mucho, **no me sirvió mucho porque me estresó**”* (AEHSI11)

No obstante la utilidad relatada por la mayoría de las madres, para la mitad de ellas, la experiencia vivida en el posparto inmediato, se traduce en una serie de dificultades, relacionadas con la “sensación de que no sale leche” y la dificultad para que “el bebé se pegue y agarre el seno”.

*“**Yo le decía que no me salía nada, porque sentía que no me salía nada**, lo que si salió primero fue lo que parece como agüita, como un moquito, bueno yo no sé, pues según es el primer alimento para ellos... y **entonces yo me tocó llamar una doctora y decirle no es que la niña no me ha comido nada, no no me bajaba nada y yo me espichaba y me espichaba**”* (KVHK9).

*“...**entonces ya le puse yo el pecho a la niña y no le salía nada y duré en el hospital la noche entera y a la bebé nunca le salió nada**, inclusive a mí me dieron uno de los teteros que dan allá, llenos de leche para poderla alimentar porque no hacía chichí y si no hacía chichí no nos dejaban salir del hospital... pues la verdad **la niña realmente se dormía solo succionando porque no me salía nada**”* (AMHE15)

*“... **no me salía leche** y, y entonces la enfermera dijo ha no, toca, y me empezó a espichar durísimo el pezón y eso hasta que salió una gotica y me dijo no ya, y ahí ya empezó a tomar leche”* (AMHSI17)

*“**Por lo que tenía el pezón plano entonces era difícil que él lo agarrara**, pero ya que me saliera leche no, porque siempre me salió buena leche, pero si siempre cuando lo agarraba era complicado al principio”* (APHE2).

*“..... **y la bebé no se me pegaba, no tomaba, nos tocaba ponerla y ella la soltaba**, no la quería, pues también fue duro en ese pedazo porque pues me sirvieron bien los cursos, pero **la niña no quería al principio entonces me tocó y me tocó**”* (LPHK8).

Las actividades realizadas por parte del personal consejero en el posparto inmediato, llamadas “CLME”, de acuerdo con la experiencia vivida por las madres, les generan desconocimiento, inseguridad, dificultades, culpa y frustración. Por la inseguridad que presentan las madres, no hay una respuesta adecuada del personal de salud, según sus necesidades, en su lugar se acude a reforzar las indicaciones o explicaciones sobre la

postura al seno, y en algunos casos a contradecir el mensaje que inicialmente se les había brindado a las madres, como es ofrecer alimentación con fórmula.

El diagrama 4-2 presenta una síntesis de la experiencia vivida por las madres en la “CLME” durante el posparto inmediato, marcada por la presencia del personal de salud mediante indicaciones sobre la técnica de la lactancia sin que trascienda a las necesidades de la madre, su satisfacción y realización personal como madre y mujer.

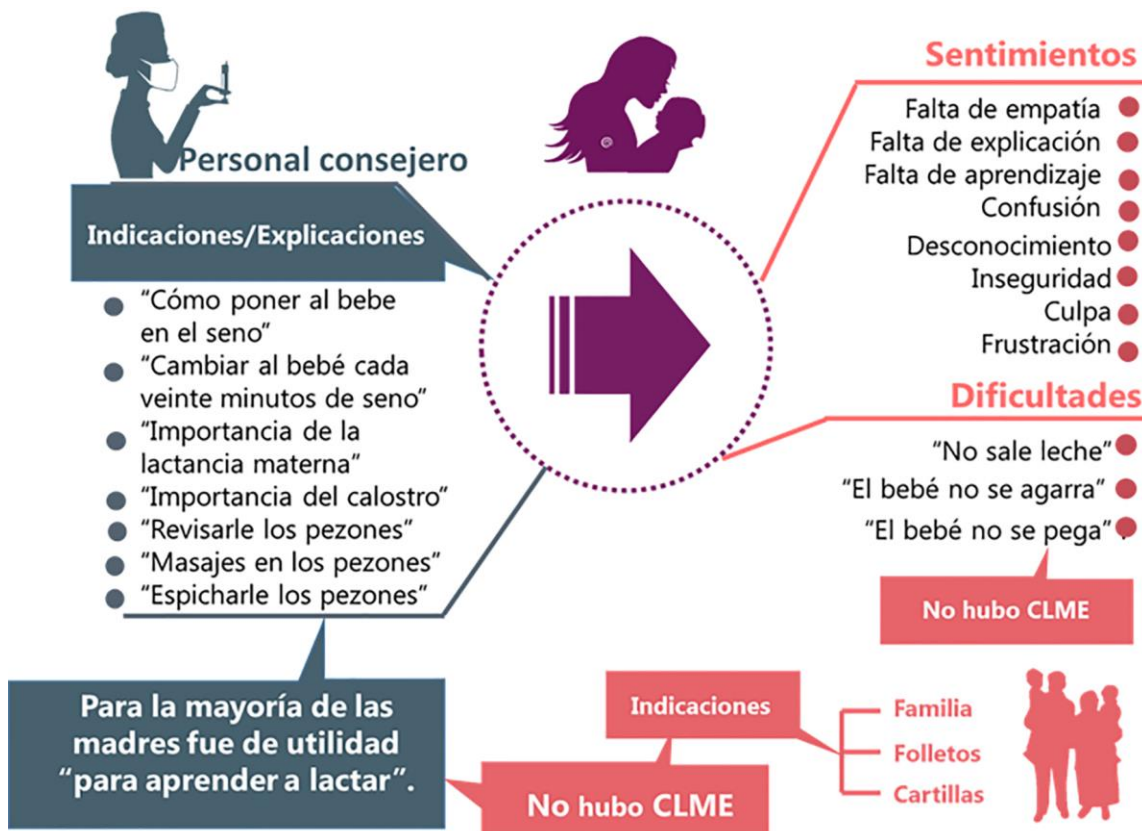


Diagrama 4-2 Experiencia vivida por las madres durante la consejería en lactancia materna exclusiva en el posparto inmediato. Fuente propia.

4.3.3 La experiencia de la consejería en lactancia materna exclusiva durante el egreso hospitalario

Para las madres de este estudio, la experiencia de la CLME en el egreso hospitalario se traduce en ayuda, acompañamiento (estar ahí, estar con), atención, colaboración y presencia por parte de la familia y personas cercanas a la madre, para “dar de comer al bebé”, para “la postura adecuada (con ayuda) para que la madre no se canse”, para “la

bajada de la leche”, para “mejorar la actitud (tener paciencia)”, para “la alimentación de la madre”.

“...quien ha estado acompañándome es mi mamá, ella es la que me dice: con calma, dele con calma, téngale paciencia porque entonces ella no la va a agarrar así, si usted se pone de mal genio porque ella no puede agarrar, entonces le va hacer daño a la bebé, entonces que no le diera la leche de mal genio, que no sé qué, entonces me tocaba con una paciencia (risas)... (ASHK6)

“Pues mi suegra más que todo me ayudó me dijo no mira le tiene que dar tantas horas al, cada ratito al niño para que no se le baje el azúcar que, que si el niño no se levanta tiene que despertarlo para que le dé su tetica, pues mi suegra siempre estuvo pendiente para, en esos consejos de lactancia.... (ARHE1)

“Pues de aquí de la abuelita de él, por parte del papá, siiii... ellos si ellos me ayudaron bastante.... que me masajeara y que tomara líquido, también me indicó las posiciones, de cómo poner al niño a lactar, sacarle los gases, todo eso” (AOHK10)

“Si, mi mami siempre ahí conmigo...Si señora, que no me quedara, o sea que no me acostara dándole pecho al niño, entonces....síntese, coloque una almohada si se cansa y dele pecho así sentada... de por si siempre me han alimentado bien, o sea sí que le diera bien y que el niño quedara llenito” (ADHK7)

“Mi mami en la casa, mi mami era la que estaba ahí pendiente de que la niña, de que tenía que darle de comer, de que así, ella me decía Karen cójala así también porque habían momentos en que se me olvidaba, entonces, mi mami me decía Karen coja a la niña de esta manera que no sé qué, entonces ella me ponía una almohada debajo y la niña encima y me acomodaba la niña para yo amamantar a la niña, prácticamente mi mami fue la que me ayudó a mi desde que salí, y aún lo hace.... (KMHK3)

Se observa en estas vivencias, la presencia de la mujer en el acompañamiento a la madre, por su experiencia previa con la lactancia. Por el contrario, se aprecia poca participación del hombre. En algunos casos su participación se relacionó con decirle a la madre sobre que debe alimentarse bien, comprar elementos como el extractor o leche de fórmula y en hacer los masajes a la madre cuando se le han congestionado los senos, aspectos que reafirma el rol predominante de la mujer madre, culturalmente.

“...más que todo el alimento... que el pescadito, mi mami como mi esposo.... los dos, si por lo que uno comía y el bebé pues se alimentaba de uno, entonces la alimentación es primordial.... el cuidado, los puntos, todo el cuidado en general y sobre lactancia lo que te digo el alimento, ujum, líquidos” (MPHK5)

“...lo primero que hizo mi esposo fue... no, vamos a comprar una leche porque él también estaba asustado, no sabíamos qué hacer y entonces heee fuimos y le compramos una leche (AEHSI11)

“... se me llenaban hartísimo y me dolían y se me hicieron bolas acá (indica la parte de la axila) y tocaba que mi esposo me fuera sobando y llore y llore del dolor” (AMHSI17)

“...nosotros le dábamos a mi hija los primeros días la leche así, como no podíamos, entonces mi esposo me compró un extractor de leche y ella era la que me ayudaba, pues como para no darle leche de tarro” (XCHK4)

Además de la ayuda o acompañamiento que recibe la madre de sus familiares o amigas, algunas madres tienen contacto con el personal de salud cuando asisten a los controles médicos, allí reciben indicaciones sobre la lactancia y son interrogadas sobre si están lactando o no al bebé y si han tenido dificultades. También reciben material escrito, “una hojita”, para buscar ayuda en caso de necesitarla. O reciben la indicación “de un pediatra amigo” de que le den “leche de tarro” a su bebé.

*“...pues **a cada cita médica que asistía de controles** bien sea la mía o la de la niña me, pues **me preguntaban**, me estuvieron induciendo si y si lo estaba haciendo, **si lo estaba haciendo bien y cómo me había ido con la experiencia**, estuvieron muy atentos conmigo” (ARHE16)*

*“...**que si estaba lactando, que como era, si era doloroso si no, si había presentado mastitis, si había presentado congestión, como que preguntas de, de rigor, de chequeo**....que no usara brasier con varilla porque eso podía presionar y eso fue prácticamente” (LAHSI12).*

*“...es que **yo tengo un doctor que es amigo, entonces yo le pregunté a él si le podía dar leche de tarro a la niña** y el me la pesó y todo y me dijo que sí, que lo intentara porque qué más hacíamos” (XCHK4).*

*“**El control cuando estuve allá, el control fue a los 8, 8 días si no estoy mal, ahí fue donde me dieron la, la hojita para que me comunicara con la lactancia materna**” (OCHSI14)*

Durante la experiencia vivida por algunas madres del estudio, ellas recibieron recomendaciones por WhatsApp y consultaron por internet la manera de hacerse los masajes, otras recibieron indicaciones por el personal de salud en los controles. Llama la atención que las herramientas informáticas entran a cubrir los vacíos de la CLME en los tres momentos, desvirtuándose completamente los verdaderos fines de la consejería. En alguna de las narrativas se observó que ante la imposibilidad de acudir al personal de salud, buscan otras alternativas, como charlas de un programa gubernamental y masajes por parte de un sobandero.

“Por internet mirando, sí, yo miré y ahí fue como comencé a hacerme los masajes” (KVHK9).

“... una vez consulté porque sentía que yo no tenía más, consulté y me, me... si me dijeron que pues yo producía lo que ella necesitaba entonces que, que no había como de qué preocuparse... fue vía WhatsApp... me dijeron eso porque estaba preguntando: pues tiene tantos días de nacida qué leche de pronto me recomendaba, entonces después me dijeron eso, que pues que yo producía lo que ella necesitaba y que no era necesario” (LAHSI12)

“Yo empecé a investigar en el internet... La verdad no lo hice, yo nunca llamé porque... pues yo lo investigué en internet, pero no, nunca llamé (OCHSI14)

“...una página, me acuerdo, que me dieron una página de maternidad y ahí yo encontré muchas cositas, si? entonces yo la miraba en youtube y me explicaba también, otras maneras de, otras cosas que podía tomar, para que me produjera leche... si, y ahí también explicaba cómo hacer con los bebés, cómo amamantarlos bien” (RRHSI13)

“...ya después de que salí de la dieta yo estaba en unos cursos que hace como el gobierno, que son para que le den a uno un mercado...entonces allá nos enseñaban lo que te digo, que el pecho en C, que a lavarnos muy bien las manos, que a lavar muy bien los senos, que a destaparle la naricita al bebé” (AMHE15)

“...el me empezó hacer los masajes como hacía abajo y así, entonces ya tenía la mano como más suave porque yo me hacía más duro, él me decía si usted se hace duro lo que va hacer es que se congestione más el seno, porque los senos son más delicados, los senos son muy delicados, a usted le toca con un cuidadito, entonces pues eso, a nosotros nos decían hagan masajes circularmente pero no nos decían con tanta fuerza” (ASHK6)

Durante su experiencia vivida, la mayoría de las madres presentaron dificultades con la lactancia y casi todas estas dificultades iniciaron desde la estancia hospitalaria. Las principales dificultades referidas por las madres fueron la congestión en los senos, reducción en la cantidad de leche, seno adolorido, dificultad para el agarre y salida de la leche, pezones agrietados y mastitis, tal como se aprecia a continuación:

“...a mí me ocurrió que yo tengo una glándula mamaria sub desarrollada, por la cantidad de leche que producía era demasiada y los senos se me inflamaron, esa glándula se desarrolló impresionantemente y se me inflamó muchísimo, es axilar, entonces yo no podía bajar el brazo, no lo podía mover... bolas así grandísimas del dolor pero yo... no es mastitis porque no es afebrado, no se calienta y ni es infección, pero sí se congestiona demasiado el seno y ya cuando llego quedo y hay Dios mío, quiero sacar ya toda esa leche” (ARHE16)

“... se me llenaban hartísimo y me dolían y se me hicieron bolas acá (indica la parte de la axila) y tocaba que mi esposo me fuera sobando y llore y llore del dolor” (AMHSI17)

“Llegó un día en que se me llenaron los senos tanto por la noche que al otro día en la mañana Dios, Dios yo no sabía qué hacer, estoy mal, me duele” (AEHSI11)

“... intentamos los primeros días darle así lechecita del seno directamente ¿sí?, pero es que era muy imposible, lo tenía muy hundido y no me salía... no se sentía nada o sea la niña no podía agarrar el seno” (XCHK4)

Pese a que en la mayoría de las vivencias de las madres se encontró utilidad en las indicaciones o explicaciones recibidas por el personal de salud, durante la “consejería” en la estancia hospitalaria, cuando se presentaron las dificultades con la lactancia en el egreso hospitalario, quienes le prestaron ayuda o acompañamiento a la madre en lactancia fue la familia o mujeres de su círculo cercano, acudiendo a resolver las dificultades de diversas formas. Se observa una mínima presencia del profesional nutricionista dietista para apoyar a la madre en su dificultad. Las alternativas encontradas por estas madres para solucionar sus dificultades fueron variadas, tal como se puede apreciar en las siguientes narrativas:

Están el uso del chupo “para que la bebé se alimentara mejor”, el uso de extractor, “las sobadas” y los masajes.

*“...entonces **mi cuñada dijo no a mí me pasaba lo mismo** y no, ahí... **existe un succionador, yo no sabía que existía eso**, pues en la, en los cursos psicoprofilácticos no los habían dicho, pero nos dijeron eso es malo, entonces pues esa vez fue tanto el dolor que yo sentí en los senos que yo dije, no me importa si es malo o si me lastima el pezón, pero yo, **pero yo necesito que salga eso y él fue y me compró eso, y empecé...**” (AMHSI17)*

*“...estaba acá el señor que nos sobaba, entonces yo le dije, **se me puso ese seno como una piedra, él me dijo venga yo miro**, yo le dije bueno, entonces le mostré y él me dijo: **eso sobándola le quita pero tiene que cuidarse porque a usted lo que le va a dar es una mastitis**, sin embargo el me sobó y empecé a botar ahí si un chorro de leche porque yo no estaba botando” (ASHK6)*

*“...**También me sobaba mucho con, con aceite de gallina?** (risas) eso son como cosas ya de abuelita, pero pues todo eso hace, ese aceite es como caliente, **entonces todo eso me hizo ablandar muy bien el seno y ya después de que yo sentí que se destapó un poquito, ella fue la que me ayudó a seguir bajando**” (AMHE15)*

*“...**los masajes y los baños con las aguas que me recomendaba mi mamá, si me las puse y aliviaron un poco el dolor como la...** es como la presión que uno ahí siente entonces eso como que se calma ese sentimiento, esa, esa incomodidad, entonces sí” (LAHSI12)*

Algunas madres acudieron a urgencias o decidieron finalmente ofrecer “leche de tarro” al bebé, aspecto que no favorece la promoción de la LME y que van en contravía de las disposiciones internacionales y nacionales en materia del fomento de la LM y LME (23)

“... me tocó irme por urgencias y me mandaron fue la NAN, la NAN me le sentó súper mal, si se le venía, eso no era vomito si no que se le venía toda la leche... después fue que yo le puse la ENFAMIL, me dijeron que esa era muy buena... si porque esa es la que vale cuarenta y cinco mil pesos, le puse esa porque no sabía qué hacer y después fue por pediatra, le comenté, me dijo que esa leche era buena...”(KVHK9)

“... yo le dije a mi mami es que no sale, yo me espichaba y no salía, dije no sale, me dijo no, démosle tetero y ahí fue donde pues a la niña tocó empezar a darle tetero” (LCHE19)

“...entonces ahí por primera vez a los 20 días le di, le di alimento... lechecita de fórmula, pero no fue mucho lo que le di tampoco por su estómago y eso, esperando a ver cómo le resultaba en el estómago, como estaba tan delicado... pero ya al mes si ya tocó, no del todo porque se lo complemento, pero yo sé que todo... de... de mi leche materna como tal no se llena” (RRHSI13).

Durante su vivencia, se reconocen algunas prácticas populares como: usar cremas, “aplicar algo en los pezones”, colocar pañitos de agua fría caliente y hacer uso de drenajes linfáticos, para calmar los dolores y las molestias en los senos y pezones.

“...mi mamá me colaboró mucho, digamos pañitos de caléndula, el agua fría caliente, el drenaje y eso básicamente hicimos y como al día ya pude bajar el brazo“...me tocó lo que sabía, investigar por internet, llamar a conocidos, ese tipo de cosas que no sabía que de pronto podía pasar, y de la única manera... yo soy esteticista, sé de drenajes linfáticos, fue de la única manera que me pude bajar ese dolor porque era impresionante” (ARHE16)

“...mi mami era la que venía y me hacía pañitos, inclusive con sal, pañitos de sal con agua fría, agua caliente, agua fría y agua caliente...inclusive una vez le comenté fue a una compañera que tuvo bebé y me dijo: no pues mira que eso no es normal, pues se entiende que duele y me recomendó una crema y ya, con esa crema fue que desinflamó un poquito” (AMHE15)

“...sí, mi hermana me hacía cómo... pues, qué aplicarme en los pezones para que no me dolieran mucho” (OCHSI14)

Otras madres recuerdan que acudieron a tomar agua de panela con hinojo, a mantener una buena higiene después de dar el seno al bebé, o encontraron que al colocar el bebé

al seno él mismo descongestionaba los senos y también recibieron consejos del personal consejero, por ejemplo de una nutricionista o de una enfermera.

“Pues se me congestionaron los senos, pero el mismo... yo lo ponía y él lo descongestionaba... como yo estoy en un grupo de ámbito familiar entonces la nutricionista pues me dio consejos que tenía que tomar mucho líquido, que, que tenía que tomar avenas para que me bajara la leche, y pues comencé así y pues comenzó a bajarme leche, entonces en ese momento ya como que se calmó un poquito el problema” (ARHE1).

“...pero los doctores todos dicen que es normal, que la saliva del bebé, que la saliva del bebé hace eso, todos dicen que es normal, lo único que recomiendan es jugar bien el seno después de cada toma, es lo único, pero del resto los senos así todos cuarteados dicen que es normal”...y llegó una enfermera y me vio... y me dijo: qué tienes? porque tú te vez bien... y le comenté, no, lo que pasa es que tengo mastitis y ella me dijo: no mira, si tú quieres estar con tu bebé... y no quieres estar acá, que te rajen el seno, vete para la casa, pide la salida voluntaria, di que tú te vas, firmas la salida voluntaria y cuando llegues a tu casa, pelas una yuca, herves la yuca, herves la cascara de la yuca, perdón, y empiezas como si fuera un lavadero: hacia abajo y hacia abajo y coges una barra de jabón rey. Me dijo que la comprara nueva, para que las puntas me hicieran más, me dijo: compra la barra nueva de jabón rey y con el agua tibia, lo más tibia que te la aguantas y el jabón rey, hacia abajo, hacia abajo, y apenas tu sientes que se te destape el seno, a salir leche, pegas de una vez a tu bebé que succione, que succione y me vine para la casa y así hice y ella succionó y succionó y si duré como una semana para que esa bola se disminuyera, pero ahí lo logré” (AMHE15)

Las madres participantes de este estudio refirieron que en el egreso hospitalario no hay CLME por parte del personal consejero. Sin embargo, la mitad de ellas relataron que les sirvieron las indicaciones de la familia o amigas para saber “cómo debía amamantar a la bebé, para estar tranquila y con paciencia a la hora de lactar, para alimentarse mejor y para que bajara la leche”.

“Pues las que me sirvieron casi todas fueron las de mi núcleo familiar, las de mi entorno, la tía de mi esposo, mi suegra, mi mamá... porque ellas ya habían pasado por esa experiencia” (AEHSI11)

“Si claro, si señora, para yo tener más conocimiento de cómo porque al igual uno primerizo uno queda como, no... mi mami que tuvo cinco... (risas)” (ADHK7)

“Para aprender, para saber cómo debía amamantar a mi hija, para alimentarla bien” (KMHK3)

“Pues fue más fácil, porque yo bregaba mucho con él, pero ya con esas orientaciones yo ya sabía cómo darle, como, que estar muy limpia, que a qué hora darle, qué tomar para que me bajara más leche ¿sí? para que el mejorara lo del estomaguito” (APHE2)

Pocas madres relataron que la “CLME” relacionada con las indicaciones o charlas dadas por el personal consejero, si les sirvió. Sin embargo, se observó contradicción en sus vivencias porque ellas realizan prácticas diferentes a lo indicado por el personal consejero, complementadas con las indicaciones dadas por la familia y lo consultado en los medios virtuales.

“.....pero pues sí, esas charlas si me sirvieron hartísimo, porque al principio nada de leche... entonces sí, lo que me había dicho mi hermana y la doctora, si, entre más succionara mejor” (YAHE18).

*“Si, si señora pues así fue que ella creció, bueno, pues me sirvieron mucho **porque en el hospital dicen que cada dos horas y la verdad ella come cada 10 minutos, inclusive así esté llena yo me le acuesto al pie y ella come, entonces yo a ella pecho a libre demanda....**” (AMHE15).*

“Si claro (las recibida por WhatsApp) y en el hospital también...” (LAHSI12)

*“Si, si señora, si señora porque en algunas charlas **en la EPS nos decían como por ejemplo cómo sacarle los gases a los niños y pues lo hacían de una manera muy diferente, los meneaban todo y no sé qué entonces, no era una manera como allá se sentía bien, entonces en la página yo podía mirar otra forma, ponerla boca abajo, ponerla de espalda**” (RRHSI13)*

Llama la atención que en una de las experiencias se resalta el papel de la nutricionista como apoyo a la madre para seguir lactando a su hijo: *“pues para tener como un apoyo básico en lactancia, entonces para seguir lactando a mí bebé y cómo hacerlo, me sirvieron de mucho” (ARHE1).*

La experiencia vivida por estas madres a través de las indicaciones (no CLME) dadas por el personal de salud, muestran la necesidad de estas madres de consultar y seguir las indicaciones de la familia y de otras fuentes para suplir dichas necesidades, lo cual genera que la mayoría de ellas tengan diversas creencias sobre la lactancia y realicen prácticas populares, en especial para “que les baje o les salga más leche” y para los casos en que existen problemas como congestión en los pezones o pezones lacerados.

Acercas de las creencias sobre la LM (más no en LME), surgidas de las vivencias de algunas madres, se evidencian algunas como el efecto de la fiebre sobre la lactancia, las

características de la leche y los efectos de la alimentación de la madre sobre la leche materna, tal como se observa a continuación:

*“... a lo último ya me sentía cansada porque de la misma gripa y todo eso, entonces ahí vino de que en la fiebre por la misma congestión de la gripa que tenía, entonces ahí fue cuando vino ya lo del seno, si cuando vino lo de la congestión del seno, **entonces a mí me decían que fue por la fiebre que me dio, que se me coaguló la leche en el seno y por eso era que no la expulsaba ni nada...** por ejemplo eso de que uno siente como un frío en el cuerpo cuando uno les da pecho sí, y uno no piensa que va a ser eso y pues mi mamá dice que eso es uno sentir el ser mamá” (ASHK6)*

*“...porque sentía que no me salía nada, **lo que si salió primero fue lo que parece como agüita, como un moquito, bueno yo no sé, pues según es el primer alimento para ellos**” (KVHK9)*

*“ahora no le dicen a uno usted no puede comer cosas trasnochadas, olvídense que usted puede comer algo que quedó anoche, usted no puede comer nada de eso..., **mi mamá me dijo, ella era la que me decía, se baña, tómesese algo caliente porque es que eso le hace daño a la bebé**” (LCHE19)*

Como parte de la vivencia de las madres participantes de este estudio y ante los vacíos derivados de la CLME, algunas madres acuden a las prácticas populares, dentro de las que pueden destacarse algunas, como el consumo de alimentos, uso de hierbas, la higiene personal, uso de grasa, entre otros, que surgieron del relato de las madres participantes.

*“...**ella me daba agua panela con hinojo eso así para que me saliera más leche** pues por lo que te digo por lo que la niña no, no chupaba se iba disminuyendo entonces para que me saliera harta para que no se disminuyera” (XCHK4).*

“Mi abuelita a mí me daba chocolate con pata que porque la pata me subía a mí mucho las defensas y que eso me bajaba la leche” (AMHE15)

*“Por ejemplo cuando yo medio le intenté dar leche a mi hija **yo siempre me lavaba los senos antes de darle la leche a ella, porque hay veces que, uno tiene muchas y entonces se le gotean y coge mal olor entonces si coge mal olor debe tener también un mal sabor y pues de pronto por eso tampoco toman la leche los bebés**” (XCHK4).*

*“...**entonces me tocó comprar el extractor y empezar a extraerme la leche**, aparte de la que la bebé toma, yo más o menos saco un litro de leche aparte de esa, **entonces como para no botarla, en el segundo piso había una bebé entonces yo se la pasaba a ella**”(ASHK6).*

*“...**el acompañamiento que recibí fue por parte de mi mamá, entonces ella compraba el gordito de la carne, sin nada de aceite y sin nada y lo ponía en el sartén para que se calentara y después de que estuviera tibio me lo ponía en el pezón y ya me pasaba***

eso, y así podía dejar que la niña me siguiera chupando y no me dolía, eso también fue bueno” (AMHSI17)

Para la gran mayoría de las madres la lactancia fue una experiencia marcada por sentimientos de dolor, temor, estrés, angustia y desespero. Según lo expresan las madres, esto fue generado por su inexperiencia, por las dificultades que vivieron y porque no lograron ser atendidas en las indicaciones recibidas para lactar (no con la CLME). El dolor estuvo presente en el relato de la mitad de las madres, derivado de los problemas físicos presentados, como la congestión en los senos y los pezones lacerados.

“...la viejita pues con jeringas empezó a, a hacerme así, a que me saliera el pezón pues para que ella succionara, aun así pues yo me hacía eso pero la verdad eso dolía muchísimo... hasta una enfermera llegó y me espichó tan duro el seno para que ella lo cogiera que me hizo llorar del dolor” (LCHE19)

“Solamente el dolor, si se me... al principio eso fue durante el primer mes que si se, los pezones estaban súper lastimados y yo sentía que no le estaba dando la suficiente leche al niño, esos fue los inconvenientes que tuve” (OCHSI14)

“...como al segundo diita si los tenía como, como te explico, como que me dolían un poquito.... no me podía como tocar pero de todas maneras me aguante y me lave bien que el bebé chupara bien” (MPHK5)

“...de la ansiedad con la que tome el bebé, entonces como beben con tanta ansiedad por lo que uno no está ahí seee, se pone duro el seno y se hacen unas bolitas encima y eso duele horrible....me dio mastitis, el seno se me puso rojo, se me puso duro, inclusive me alcanzaba a doler la parte de un costado y hacia atrás en la espalda, entonces bueno, decidí irme para el hospital porque no me aguantaba el dolor...” (AMHE15)

Se resalta en este estudio, que un número reducido de madres (quienes sintieron temor y dolor) vivieron la lactancia como “un vínculo de amor”, que se “despierta el instinto maternal”, que es un “acto muy bonito”, que es “estar ahí”.

“...pues me sirvió mucho para tener un vínculo con mi bebé porque es muy bonito o sea amamantarlos a ellos porque ellos miran directamente a los ojos, y a veces pues ya como mi niño está un poquito grande él se ríe conmigo y esa mirada o sea es una mirada de amor que uno tiene en ese momento con ellos” (ARHE1)

“...yo pienso que eso es como un vínculo de madre e hijo que es tan bonito, sentirlo ahí en el pecho que se duermen ahí, es muy bonito” (AMHE15)

“...uno aprende digamos cuando tiene un hijo tiene una etapa que es la etapa de ser madre, es muy bonita porque pa que es muy bonita uno, se le abren muchos instintos

*como por ejemplo el llanto del bebé cuando uno lo escucha yo de por si yo dormía mejor dicho 10 horas, no había quien me levantara, pero **en el momento en que llora el niño yo estoy así, estoy levantada y despierta siempre para él, entonces si... a uno se le despierta ese instinto el de madre***" (ADHK7)

Adicionalmente, la experiencia vivida por la mayoría de las madres con relación a las indicaciones dadas por el personal consejero muestra que hubo actitudes negativas, regaños, amenazas y presión para lactar, lo que les generó susto y estrés.

*"... **nos regañaron, antes salimos fue regañadas... nos tocó venimos sin nada, porque no nos atendieron, solo dijeron dele leche NAN y ya, y largo, y esa doctora no me cayó muy bien** porque, antes mi mamá me dijo no le cogió el nombre ni nada?, para ponerle una demanda porque ella tenía que, que... y yo jummm, como que chaos, no, mal hecho, fue mal hecho"* (KVHK9)

*"... **porque puede que uno haya experimentado y uno no sepa, era solo regáñelo a uno y uno a veces sin saber... pues por lo que él no succionaba bien entonces era difícil y no me decían venga yo le ayudo, venga hágale esto, hágale aquello.... digamos venga cójase así o hágale así para que el succione mejor o para que él tome mejor, no, solo era amenazándolo a uno que el niño se quedaba, si uno no le daba**"* (APHE2)

*"...y pues uno asustado porque a cada rato me decían, si no le das leche entonces la niña tenemos que hospitalizarla y eso era cada rato con esa vaina y uno sin saber y yo con ese estrés yo dije, no mi niña cómo así que la van a dejar hospitalizada... **eso era tenaz porque las enfermeras iban a cada rato y era como a, a presionarme de que le diera y yo pues con todo el amor del mundo tenía que darle pero no sabía cómo porque no me agarraba... fue un estrés porque siempre iban era a decirme la vamos a dejar hospitalizada si usted no le da leche, si no le sale, si no la agarra, la vamos a dejar hospitalizada, porque se le sube el azúcar no sé qué, y uno pues....**"*(AEHS11)

*"... nos dijeron antes de salir, no, pues si quiere cómprele una leche de formula y se la da mientras usted se va acomodando, entonces nosotros llegamos y eso fue lo primero que hicimos porque dijimos, no esta niña no va a comer nada y bueno, entonces mi esposo salió rápido y compró una leche....cuando nació, cuando le empecé a dar leche, me dijeron a libre demanda tienes que darle todo lo que ella quiera y yo bueno listo, venia yo con ese pensamiento... **después que se enfermó fuimos a otro pediatra** porque fue bueno un caso ahí, **me pegó el regaño del mundo, me dijo, usted por qué le da a libre demanda, usted tiene que ponerle horarios, tiene que darle cada dos horas, cada tres horas, que no sé qué y yo pero entonces al fin qué?**"* (AEHS11)

Ante la actitud negativa del personal consejero y para evitar recibir regaños o "vaciadas", algunas madres acuden a actitudes de protección para ellas, como la mentira, en sus respuestas que dan al personal consejero, las cuales no favorecen la LME.

“...a mí lo único que me decían era, no sea floja, póngale el seno y yo... pues es que no es de flojera, es que ella no lo puede coger, hasta una enfermera llegó y me espichó tan duro el seno para que ella lo cogiera que me hizo llorar del dolor...no, que yo era una floja, que yo era una perezosa, que era que yo no quería darle seno, que no sé qué, **entonces a mí me tocó todos los controles decirles si, yo le doy solo leche materna, porque yo no podía... eso era una vaciada tras de otra**” (LCHE19)

“...y entonces cuando me vio darle leche me dijo no, le estás dando mal, tienes que **cogerla así** y yo pues, la verdad he... afortunadamente yo siempre di mucha leche entonces ese seno se me llena y eso le sale como una jeringa entonces yo no vi necesidad de cogerlo y hacerle así porque ya le sale sola y eso pues yo ya lo sabía pero **ella me vio dándole así y me dijo no tiene que cogerlo y hacerle así y así y yo bueno está bien, solo como por no llevar la contraria y salir rápido de allá....**” (AEHS11)

El diagrama 4-3 sintetiza la experiencia vivida por las madres del estudio en la “CLME” durante el egreso hospitalario, marcada por la presencia de la familia (abuela) mediante la ayuda, acompañamiento, atención, colaboración, para el cuidado de la madre y de su hijo.

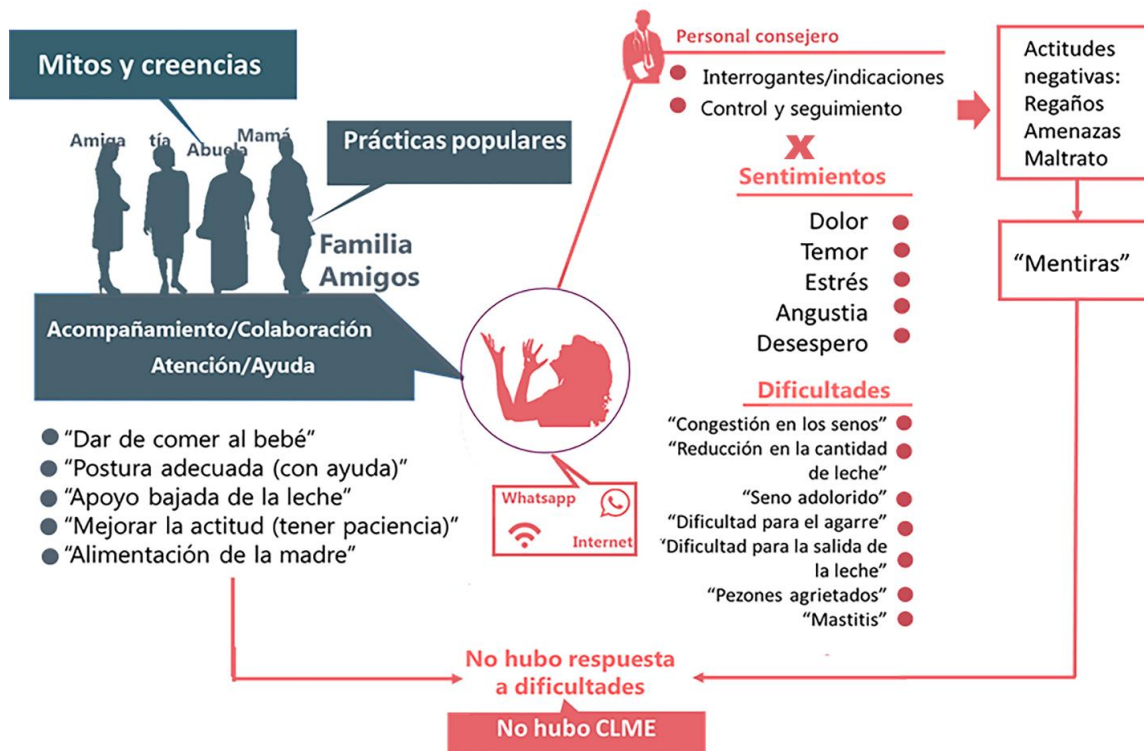


Diagrama 4-3 Experiencia vivida por las madres durante la consejería en lactancia materna exclusiva en el egreso hospitalario. Fuente propia

Producto de la experiencia que vivieron estas madres en la CLME, en sus relatos ellas hicieron varias propuestas sobre la manera como deberían ser apoyadas las madres para que puedan lactar exclusivamente a su bebé hasta los 6 meses. Resaltaron la importancia de recibir apoyo, acompañamiento o seguimiento por parte del personal de salud, en el “cómo está lactando”, en “cómo se siente ella lactando a su bebé”, en el “vínculo que se logra lactando al bebé”

“... como uno tener digamos, como una instructora como una profesora que le explicara a uno...no es solamente lo básico porque no es solo la postura sino qué siente uno como mujer lactar a un bebé?... sería como el tener alguien ahí digamos que puedan venir unos doctores o unas enfermeras a mirar como uno le va a dar pecho al bebé, a explicarle bueno, vea, tiene que hacer esto, tiene que hacer lo otro, tiene que hacerlo este estilo, como lo está haciendo...entonces digamos que ellos le ayudan a uno a mirar la forma de cómo puede ser favorable para uno y para el bebé, porque no es solamente la postura, si no digamos también lo que siente uno” (ASHK6).

*“...deberían las enfermeras digamos deberían, o los doctores deberían digamos irlo acompañando a uno en ese proceso, no solamente venga miramos si está bien de peso, o saber si la bebé viene en posición o no viene en posición, si no, **acompañenlo a uno a vas a ser mamá primera vez, tú debes de saber esto, o sea deberían darle a uno, unos pasos para uno poder seguirlos cuando el bebé nazca**” (LCHE19)*

Algunas madres, producto de su vivencia en la lactancia y en la “CLME” expresaron la importancia de que les den información o les enseñen sobre el “cómo hacerlo”, de que la “prevengan sobre las posibles dificultades que se pueden presentar”. Además de que les den información o les enseñen sobre los “beneficios de la LM para el bebé y la madre” y la “importancia de lactar exclusivamente hasta los 6 meses”.

*“... yo creo que mmm deberían hacer como más talleres sobre eso, porque digamos a mí solo me hicieron esa charla una vez y ya; no me...**digamos tiene que explicarlo beneficios que tiene darle solo leche hasta los seis meses o pues hasta beneficios para uno mismo dar leche mmm... porque digamos cuando él nació lo único que a uno le decían es aliméntelo, aliméntelo pero no le decían a uno como...**” (APHE2).*

*“...**más conocimiento sobre la leche, para lactar al bebido**, como lo que le va a dar a su bebido, sí, **como los funcionamientos o los beneficios que le va a dar la leche materna al bebido**, pa que ella también diga, no pues espero seis meses así me toque mejor dicho pero esperarse todos esos meses, seis mesecitos que eso se pasa muy rápido” (LPHK8).*

*“De pronto con cursos, si, **puede ser con un curso** digamos así por las tardes, un día que vaya uno y le den un curso y le enseñen... Yo digo que... yo digo que durante el embarazo, y en la lactancia normal pues porque uno en embarazo no sabe cómo va a ser, o cómo va a resultar su cuerpo, no sabe, **entonces durante el embarazo como para ir teniendo la***

idea y después como para ya practicarlo porque tú en embarazo no puedes practicarlo, entonces yo digo que en los dos momentos estaría bien” (XCHK4)

“...enseñarnos a cómo amamantar, es decirnos, decirnos que se nos cuarteán los senos, decirnos que se pelan, que sangran, que es muy difícil... deberían poner como una experiencia de madre y una madre que llegue y cuente lo que pasa en la lactancia porque todo eso es nuevo para nosotras y yo creo que a veces por eso es que se corta también mucho la lactancia...” (AMHE15)

Otras madres propusieron dar más tiempo de licencia de maternidad, no trabajar durante los seis primeros meses o que las dejen salir más temprano del trabajo, aspecto que está en concordancia con las actuales políticas públicas nacionales en materia de LM.

“Pues yo creo que digamos a uno le podría ayudar mucho no trabajar durante esos seis meses porque digamos, ya uno empieza a trabajar, entonces ya no va a ser igual porque uno es solo sáquese la leche y tome ahí le dejo un vasado y ta luego se fue a trabajar, porque ya a uno le toca a las carreras que tiene un diario vivir muy diferente a uno estar en la casa” (ASHK6).

“Pues yo pensaría que, como darles más tiempo de licencia porque yo, o sea en mi concepto, tres meses no es suficiente para dejar a un bebé solito tan chiquito y acostumbrarlo a otra leche mientras la mamita llega a alimentarlo de su seno... que lo dejen a uno salir como más temprano, si, o sea que no cumpla uno las horas necesarias de trabajo, sí?, para no, pues para poder alimentar bien al bebé y que el bebé crezca sanito y con todas sus defensas que a uno le da él bebe con esa leche materna” (KMHK3).

“...ahorita de lo otro no, porque ya lo de la licencia ya fue un poquito alargado, entonces también fue un apoyo” (AMHS117)

Otras madres encontraron importante hacer énfasis en la apropiada alimentación de la madre, no para la adecuada nutrición de ellas como madres en lactancia, sino para que así puedan ser mejor alimentados sus bebés, “para que salga buen alimento al bebé”

“... pues en la alimentación... porque es que si uno no se alimenta bien, ellos no van a tener esos, esos como se dice, esos beneficios en la leche, entonces...” (ARHE1)

“...deberían decirle a uno qué es la alimentación que uno debe tener para darle leche a los bebés, porque a mi nada de eso me dijeron. Me dijeron: tiene que comer bien, pero a mí no me dijeron cómo debo de comer, porque la verdad no creo que todos los alimentos sean nutrientes para ellos” (LCHE19)

“...tener sí, como el apoyo de alguien que le diga a uno, no haga esto, haga esto, haga esto, no lo viceversa, no mamá eso a usted no le sale leche, dele tetero, no, si no que tome líquido, o haga juguitos en sola leche, haga sopitas. Entonces yo creo que como ese

apoyo de recomendaciones en la alimentación de uno, para que le salga buen alimento al bebé” (YAHE18)

Dada la experiencia negativa vivida por la mayoría de las madres, relacionada con la actitud poco cálida y humana del personal consejero quien tuvo contacto con ellas, algunas madres relataron la importancia de que el personal de salud “entienda a la madre”, “sea humano”, “le dé buen trato”. Igualmente, propusieron que el personal de salud debería “unificar los conceptos de la lactancia”.

*“...deberían ser un poquito más, con las personas más... o sea **entenderlas** y tampoco... que porque, mirar que es lo que pasa porque también **cogen y lo tratan a uno mal y no saben cómo hablar con una persona, no entienden la persona, entonces eso sí es feo**” (KVHK9).*

*“...debería haber más humanidad, o sea, **deberían tener más humanidad las personas que están en los centros médicos**, porque pues las enfermeras creen que porque uno va a tener un hijo se las sabe todas...” (LCHE19)*

*“...**paciencia** y no... sobre todo **no asustarlas tanto porque es que eso le dicen a uno cualquier cantidad de cosas y uno se asusta y, y como no amenazar, como... tranquila, tu puedes, dale, puedes hacerlo a tu tiempo, el bebé con un poquito de calostro que tenga, va a estar bien**, pero no es ahí, no le vas a dar no, la vamos a hospitalizar porque no... eso no se hace” (AEHS11)*

*“...**tener claro o como redondear bien los conceptos porque lo que te digo, se contradicen**. Entonces obvio, lo más lógico es la lactancia a libre demanda, pero ves? hay otros que no tienen ese concepto... entonces **es como globalizar el concepto, y no confundir a las mamás, sobre todo a las primerizas que no sabemos nada y, y hacer que todos enseñen ese concepto y se vayan por ahí para que no hayan problemas, no haya confusión**” (AEHS11)*

En el caso en que la madre cuente con suficiente leche para alimentar al bebé y “le sobre” y otra madre “la necesite para no dar leche de tarro”, algunas madres resaltaron la importancia de tener acceso a un banco de leche humana, para donarla.

“... pues por lo que tengo entendido hay un banco de leche, cuando a uno le sobra leche a montón” (MPHK5).

*“... que pues **donando la leche sí, dándole la leche uno a la mamita** de que, por decirlo, exacto la mamá se va a trabajar y o sea, **darle leche de tarro no, no es lo mismo que darle leche de pecho** en cambio, de la leche que, que mmm... de la leche que, que hay en, allá el banco de leche... **esa le pueden dar a uno a las mamás para uno poderle tener a los niños en dado caso de que uno no pueda sacarle buena leche y dejarle**, eso es lo que pienso yo (KMHK3).*

Llama la atención en estas vivencias que, como apoyo para que las madres puedan lactar exclusivamente a sus bebés de manera exclusiva hasta los seis meses, se reconozca que ella misma participe en la toma de decisión para lactar.

“... deberían de participar ellas mismas las mamás, que tomen la decisión de lactar” (AOHK10).

De manera complementaria a la manera como deberían ser apoyadas las madres, se observa en la vivencia de estas madres aquello que les hizo falta, desde la gestación hasta el egreso hospitalario, para haber tenido una buena experiencia en su proceso de la lactancia, a partir de una adecuada CLME. Algunas madres, en especial aquellas que no tuvieron dificultades con la lactancia reconocieron que no les faltó nada. Al contrario, quienes tuvieron dificultades con la lactancia, expresaron que les hizo falta que les impartieran “charlas”, que les dieran “explicaciones o consejos de cómo debían lactar al bebé desde el embarazo” pero en especial con ejemplos prácticos y “no con muñecos” y por parte “no de un profesional sino de una persona”, que les “indicaran sobre los masajes o las previnieran sobre las dificultades o síntomas”

... “las charlas, desde el principio que uno empieza el embarazo, de cómo lactar el bebé, de cómo cogerlo, inclusive hasta enseñarle a uno, qué hacer cuando ellos de ahogan con la leche, todo eso” (KMHK3).

“...hubiera sido bueno que ellas explicaran las bolitas, porque yo nunca, nunca supe que se le podían y si hablaban de las mastitis, que era como que se ponían duras aquí alrededor ... hay posibilidad de que de la misma cantidad de leche se pueden hacer esas bolas y decir cómo se bajan....Desde antes, yo creo, pues para que uno se prepare...para que no, desde un comienzo no se le gestione ahí, entonces pienso que es mejor desde la gestación, con eso uno pues se va preparando” (AMHSI17)

“.. siempre hablar un poco de eso, de lactancia, porque, porque si uno bueno, uno está pendiente de muchas cosas que de la tensión, que el bebé, que no sé qué, pero lo de la lactancia ni idea y ya uno llega y se estrella con eso ya al final, pero es algo que uno debería estar preparado en todo el embarazo...digamos mostrar ciertos ejemplos, como tomar un modelo, mira esta mamá está lactando, entonces vamos a ver cómo lo hace en vivo y en directo, eso puede ayudar muchísimo.....” (AEHSI11)

“...tal vez que me enseñaran cómo hacer los masajes para que saliera la leche porque a veces si se me ponían bastante duros, entonces yo no sabía qué hacer, los masajes también los aprendí de internet, que ahí fue como miré cómo hacer los masajes...” (OCHSI14)

“... digamos así como digamos los cursos eran cada ocho días, así mismo haría falta el acompañamiento que no fuera solamente lo teórico si no también el cómo lo voy

hacer de cómo lo voy a practicar con mi bebé porque una cosa es con un muñeco que a uno le expliquen y otra cosa es uno tener a la persona ahí, no solo digamos en la postura sino también en el peso del bebé, en, en todo, es muy diferente uno con un muñeco no pesa nada entonces uno se coloca de cualquier manera y salió, en cambio con el bebé es diferente, entonces siempre falta el acompañamiento en lo práctico porque solo está en lo teórico” (ASHK6).

“...en el hospital hace mucha falta una persona que no sea tan profesional si no que sea más persona, que sea una persona que llegue y le diga a uno mira, ven, te vamos a explicar, o sea, desde el momento en que uno llega hasta el momento en que uno se va.... y no que llegue como digamos tan bruscamente, venga sáquese el pecho, hágase así...entonces, como una persona que le diga a uno mira eres mamá, te felicito, entonces vamos alimentar a tu bebé porque si tu bebé no come se nos., no sé, puede pasarle algo, se nos pueden bajar las defensas, algo así....cuando nace el bebé es una forma completamente diferente, diferente porque ya lo tienes tú en tus manos, como que esa felicidad, como ese amor y ellos tan chiquiticos, que ellos casi no se despiertan a comer... entonces en ese momento es que hace falta digamos no sé, como una persona que se acerque y le diga a uno mira, tienes que despertarla, tienes que hacerle, algo como.. o sea una persona bien, una persona como con amor que le diga a uno las cosas, porque también sé que si uno se estresa no baja leche y eso es lo primero que le hacen a uno allá en el hospital, estresarlo completamente, entonces cómo quieren que le baje a uno leche? (AMHE15)

Algunas madres producto de su vivencia, relataron que les faltó ayuda, estimulación, acompañamiento para la salida del pezón o para lactar después del nacimiento del bebé.

“... pero por parte mía sí, se supone que hay hospitales que ayudan en ese pedazo y yo he visto mamás que también por allá las ayudan a sacar el pezón, les ayudan a hacer un poco de cosas con máquinas, con... y a mí no, antes salí fue regañada por allá por urgencias en el hospital de Kennedy y todo...” (KVHK9)

“...yo creo que el acompañamiento cuando tuve el bebé porque no lo aconsejan a uno, sino que es ahí que el niño tiene que comer pero no le dicen a uno, tome dele así” (APHE2)

“La estimulación, sí, o sea la estimulación en cuanto a la leche, a como uno debe amamantar los niños, o sea siendo uno madre uno mamá primeriza heee... yo tengo entendido que le estimulan a uno los senos sí?, eso me faltó a mí, porque si a mí me hubieran hecho todo eso yo no hubiera sufrido recién la niña nacida” (KMHK3)

“Todo, todo la verdad... yo nunca tuve una consejería,... que alguien me explicara, vea tiene que sacarse el pezón, o sea, si a mí me hubieran explicado eso antes de tener a la bebé, yo creo que no hubiera sufrido después de tenerla (LCHE19)

Además de la ayuda, acompañamiento o explicaciones en el cómo, para poder lactar al bebé, a algunas madres en su experiencia, reconocen que les faltó conocer más o

profundizar el para qué lactar o los beneficios de darle solo leche hasta los 6 meses para el bebé y la madre.

*“... el conocimiento lo tuve, pero no muy al fondo, porque la verdad pues **me explicaban todo, la posición todo eso, pero no me explicaron pa que servía o para que, o que beneficios le llevaba al bebé la leche materna, entonces eso es lo que me hizo falta a mí, si, sobre los beneficios,** porque pues las posiciones todo nos lo daban los doctores, todo no la ponían todo, pero más el beneficio que le damos a los bebés también” (LPHK8)*

*“... **como profundizar más esas indicaciones y todo lo que uno tenía que saber porque solamente le dieron lo básico,** pero uno tiene que saber muchas cosas de lactancia para llevar eso hasta que el niño, pues hasta que el niño, él lo desee, porque ellos no van a dejar, exclusivamente hasta los seis meses pero ya uno después le comienza a dar complementaria pero siguen tomando su seno, entonces como profundizar eso” (ARHE1)*

En la vivencia de estas madres, se aprecia la falta de indicaciones sobre cómo debería ser la alimentación de ella para evitar “daños en el bebé”, sobre el uso del tetero para alimentar al bebé y sobre la seguridad de que ella produce lo que el bebé necesita.

*“...no porque en el médico me lo hayan dicho, es que usted, usted se bañó, pero venga, cuando se salga del baño tómese algo caliente porque si usted le da esa leche a la niña, a la niña le va a dar cólico, no a mi nada de eso me lo dijeron... **pero no nos dijeron, no vea esto son los alimentos que ustedes tienen que comer en la lactancia, que no le haga daño a ella, porque muchos alimentos que les daba, a ella, yo comía algo y la ponía suelta, o la ponía dura o le daba cólico.....**” (LCHE19)*

*“...ya teniendo la bebé si y **me hizo falta un ejemplo, el manejo de tetero,** porque lactancia de seno y eso, muy bien, pero si le faltó el tetero, pero jamás me explicaron bueno una comida con el teterito o saco de la coquita o sí? jamás me explicaron” (MPHK5)*

*“...lo que me hizo falta de pronto fue eso, **saber antes de que yo producía lo que para ella era importante. Porque esa consulta la hice ya cuando ya estaba en la casa y eso y me preocupé porque de pronto no podría hacerlo, si?... como darle a uno... como... el convencimiento o la tranquilidad de que uno como mamá puede suplir las necesidades de su bebé**” (LAHSI12)*

4.3.4 Significado de la consejería en lactancia materna exclusiva

Para las madres participantes, en su experiencia vivida, se evidencia que no hay un único significado de CLME, este adquiere diversas connotaciones. No obstante, el significado que más reiteran está relacionado con su propia vivencia durante el contacto con el personal de salud, el cual consiste en dar a conocer, decir, recomendar, asesorar, enseñar

o explicar la técnica de la lactancia, es decir, “cómo lactar al bebé” y el beneficio o la importancia que tiene la LM para ella y sus hijos y su protección contra enfermedades.

*“La persona que **nos indica** y que **nos ayuda para la nutrición de nuestros hijos...** sería como **la que nos da la explicación de que la lactancia materna es muy importante para el bebé**, es muy importante para un bebé porque eso es lo que les ayuda a ellos a crear como las defensas para que no sean tan inmunes a, por ejemplo al medio ambiente, todo” (AMHE15)*

*“**Las enseñanzas que nos dan para poder lactar bien**, de la manera correcta a nuestros bebés, eso. Si, la enseñanza” (RRHS113)*

*“Pues **le dan a conocer lo que, o sea cómo hacer y cómo amamantar al bebé**, pues eso es lo que yo entiendo, si cómo **dar a conocer**” (ADHK7)*

Otros significados dado por este grupo de madres se relacionan con el dar “consejos de lactancia”, “consejos sobre la lactancia”. Se destaca que a pesar de los diferentes significados que relatan las madres participantes, existe un aspecto común en estos, y es que la consejería está dirigida a la manera en que la madre debe “poner al bebé al seno”, para que pueda lactar. Esto se hace evidente en las expresiones de las madres:

*“**Consejos de lactancia como poner al niño... en qué posición me tengo que poner yo**, cuanto tiempo tengo que darle de seno pues cuando él estaba recién nacido entonces pues me dieron muchos consejos que yo no sabía, porque yo no tenía esos conocimientos” (ARHE1)*

*“Consejería es algo así como, o sea como la misma palabra lo dice, **un consejo para una mujer poder amamantar a su bebé**” (ASHK6)*

*“**Consejería suena como a consejo sobre la lactancia**, sobre cómo darle uno al bebé la leche, como, bueno, en fin, **todas las cosas como debe acomodarlo**, esas cosas para mí eso es la consejería en lactancia materna” (XCHK4)*

*“La consejería pues **como si le estuvieran dando un consejo de lactar bien al bebé...** si, como una ayuda, porque una primeriza es como tener unnn... muñeco” (LPHK8)*

Algunas de las madres del estudio relacionan la CLME en el cómo alimentar mejor a los hijos y para qué lactar al hijo y en algunos casos es vista la consejería como apoyo especialmente a la madre primeriza dando respuesta a las dudas que ellas tienen.

“Puesss... como mmm... como alimentar mejor a los hijos, al bebé” (APHE2)

“Es pa que le den fuerzas, fortalezas, pa que crezcan más sanos y fuertes, pa que no se enfermen casi... que es lo mejor para los bebés... (KVHK9)

*“Como el nombre lo indica **es como un apoyo a las mujeres lactantes** porque sin embargo... es una etapa digamos como primerizas no se saben muchas cosas... entonces yo **creo que consejería es para apoyar... he... dar respuestas de algunas dudas que tengamos, apoyo mmm he, si ese tipo de cosas para, para la mujer**” (AEHSI11)*

El diagrama 4-4 presenta una síntesis del significado que tiene la CLM para las madres del estudio. Se destaca en las experiencias vividas por las madres participantes, que el significado que dan a la CLME no alcanza a vislumbrar su vivencia como mujer y madre frente a una lactancia gratificante.

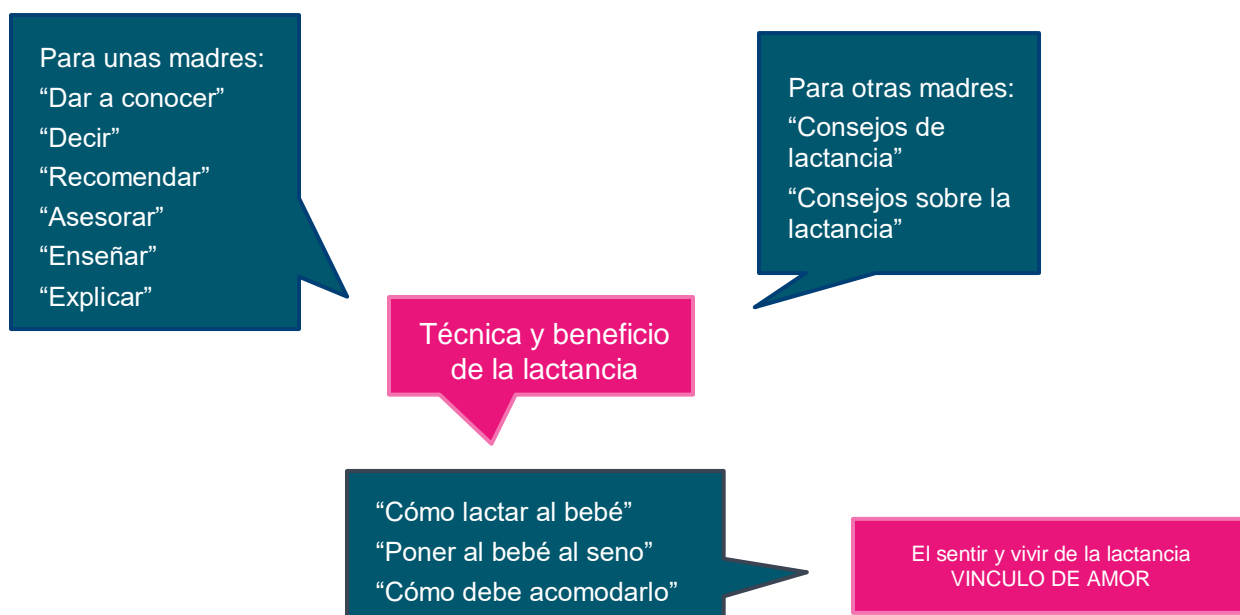


Diagrama 4-4 Significado de la consejería en lactancia materna exclusiva, según las madres de este estudio. Fuente propia

Unidades de significado y comprensión vaga y mediana

La comprensión vaga y mediana corresponde al primer momento metódico en Heidegger, el cual se caracteriza por la expresión del entendimiento de las participantes. Se presenta lo narrado por las madres de esta investigación, que está basada en hechos reales vividos en su día a día y que reflejan la instancia óptica.

En síntesis, se presentan 9 Unidades de Significado -US, que anuncian la comprensión del mundo de la vida de las madres en periodo de lactancia que recibieron "CLME".

US1. Para las madres participantes, la CLME en la gestación tiene dos significados, de un lado se traduce en la ausencia de la misma y del otro la presencia del personal de salud mediante charlas, explicaciones o indicaciones para "estimular el pezón", para el adecuado "agarre del pezón y la postura al seno", en la indicación del "seno hasta los 6 meses", "darle cada vez que el bebé pida", "la alimentación de la madre y las dificultades con la lactancia como la mastitis".

US2. Para la mayoría de las madres, las indicaciones o explicaciones del personal de salud durante la CLME en la gestación no fueron vividas como utilidad, bien sea porque no las recibieron o porque encontraron mayor utilidad en las indicaciones recibidas por la familia o en lo consultado en internet.

US3. Para todas las madres del estudio, la "CLME" en el posparto inmediato fue vivida como el contacto con el personal de salud, mediado por indicaciones o explicaciones sobre "cómo coger al bebé y ponerlo al seno", "poner al bebé cada veinte minutos en un seno diferente", en explicarle las "bondades o importancia de la lactancia materna, del calostro", en "revisarle los pezones" en "espicharle los pezones" y "hacerle masajes".

US4. Para la mayoría de las madres del estudio, la "CLME" en el posparto inmediato fue de utilidad "para que saliera leche por las indicaciones o instrucciones que le dieron para la postura", "para aprender a lactar".

US5. Para todas las madres del estudio, la vivencia de la "CLME" en el egreso hospitalario, significó ayuda, acompañamiento (estar ahí, estar con), atención, colaboración y presencia por parte de la familia y personas cercanas a la madre, para "dar de comer al bebé", para "la postura adecuada (con ayuda) para que la madre no se canse", para "la bajada de la leche", para "mejorar la actitud (tener paciencia)", para "la alimentación de la madre".

US6. Para la gran mayoría de las madres del estudio, la lactancia fue una experiencia de dolor, temor, estrés, angustia y desespero, debido a su inexperiencia y a las dificultades que se le presentaron, tales como: congestión en los senos, reducción en la cantidad de leche, seno adolorido, dificultad para el agarre y salida de la leche, pezones agrietados y mastitis.

US7. Para las madres del estudio la ayuda de la familia en el egreso hospitalario fue una vivencia que es reconocida por la utilidad porque les sirvió para saber “cómo debía amamantar a la bebé, para estar tranquila y con paciencia a la hora de lactar, para alimentarse mejor y para que bajara la leche”.

US8. Para la mayoría de las madres del estudio, la ayuda de la familia está mediada por diversas creencias sobre la lactancia y prácticas populares, en especial para “que les baje o les salga más leche” y para los casos en que existen problemas como congestión en los senos o pezones lacerados.

US9. Para las madres participantes, consejería en LME significa dar a conocer, decir, recomendar, asesorar, enseñar o explicar la técnica de la lactancia, “cómo lactar al bebé” y el beneficio o la importancia que tiene la LM y su protección contra enfermedades.

4.4 Discusión

¿Consejería para la madre o para la práctica de la lactancia materna?

La experiencia vivida por las madres de esta investigación, con relación a la CLME, estuvo marcada por los encuentros y desencuentros tenidos en cada uno de los momentos, con el personal consejero de las IAMI de Bogotá, a donde acudieron, para ser atendidas durante la gestación, posparto y egreso hospitalario, y con la familia y red de apoyo cercana, quienes apoyaron a las madres en ausencia del personal de salud y cómo estos actores determinaron la vivencia en las diversas situaciones enfrentadas por la madre durante el periodo de lactancia.

La gestación es un momento especial y además, es determinante para la madre y el niño en esta etapa en la que se debe planear y preparar el inicio de la lactancia. Durante la gestación se requiere del acompañamiento y apoyo del compañero, madre o un familiar cercano y/o del profesional de salud (2), (39), (40), (41), (42), para que la gestante pueda enfrentar y superar sensaciones como la incertidumbre y la inseguridad para lactar (85). En este momento se considera que el consejero debe cumplir un papel fundamental para escuchar, entender y atender las inquietudes de la madre con respecto a la lactancia y es en el ámbito de las IAMI, donde el personal de salud es el llamado a ofrecer ese apoyo

que requiere la mujer gestante, por sus conocimientos en el tema de la lactancia y por las habilidades que debe tener como consejero en LM.

A pesar de que la CLM se considera una estrategia de apoyo para la promoción y apoyo a la LM y que su cumplimiento está establecido de manera obligatoria en la Resolución 4505 de 2012⁹, para el caso de Colombia, en esta investigación se observó en las vivencias de las madres, que para algunas de ellas, la experiencia de la CLME durante la gestación fue inexistente, bien sea porque las madres no asistieron a los controles prenatales o cuando ellas asistieron a los controles, no recibieron consejería en lactancia. Según las madres, los médicos estuvieron más pendientes de otros temas, como: de la evolución del peso de ellas y de hacer revisión de los pezones sin recibir indicación adicional al respecto. Esta falta de CLME en la gestación ha sido reportada igualmente en la literatura, al respecto dos Santos (2004) (85) refiere que la madre “no encuentra un espacio para exponer sus sentimientos y contextualizar sus dificultades por la falta de dominio del personal de salud de cómo hacer el puente de la teoría a la práctica”. Hallazgos similares a lo encontrado en este estudio, donde las indicaciones y el procedimiento por parte del personal de salud no dan cabida a la interacción con la madre de manera efectiva.

Es posible que la ausencia de CLME en esta “preparación inicial a la gestante para la lactancia” tenga un efecto negativo en el inicio y mantenimiento de la LME, de hecho se observó en la vivencia de algunas madres, durante el egreso hospitalario, que debieron acudir al biberón y uso de las leches de fórmula (85), (124). También, la ausencia de CLME demanda mayor compromiso y genera una responsabilidad mayor a la institución de salud, cuando la madre acude para la atención del parto, pues se requiere de un apoyo adicional a la madre, para atender sus inquietudes y desconocimiento con la lactancia y también, porque durante la gestación, la mujer se encuentra en una situación diferente a la habitual, con sus dudas, inseguridad y miedo, tal como lo afirma en su estudio dos Santos Bueno (2004) (85). Esta situación constituye un reto para la institución de salud, al tener la responsabilidad como IAMI de asegurar un inicio efectivo de la lactancia y su instauración

⁹ Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

(107), en el reducido tiempo que tiene la madre de estancia hospitalaria, en especial cuando ha sido un parto sin complicaciones. Lo que contribuye a afectar la posibilidad de que se realice una verdadera CLME a la madre por parte del personal de salud en el posparto inmediato, quien no va a contar con el tiempo ni la disposición que se requiere para apoyar a la madre, con las consecuencias que esto genera y que se discuten más adelante.

El vacío en la atención, por parte del equipo de salud, de las madres que no tuvieron una “preparación inicial para la lactancia” fue suplido por las indicaciones de la familia (mamá, hermana, suegra, tía) o en la consulta en internet. Sobre la participación de la familia, se observó un papel predominante de la mujer en las indicaciones dadas a las gestantes vs una ausencia del padre en la maternidad. Lo que constituye una “experiencia femenina” basada en el arraigo cultural del rol de la mujer y además el producto de la identificación de un individuo con un grupo social particular, tal como lo refiere Swanson (2005) (125) “cuando una mujer no ha tenido hijos previamente, puede ser más probable que busque o considere la opinión de los demás al hacer su elección inicial”. Adicionalmente, según Swanson, “la comunicación de opiniones positivas o favorables que tiene la familia sobre la lactancia tiene relación estrecha con el mantenimiento de la LME”. El papel de la abuela también se ha destacado en algunos estudios, donde se resalta su importancia como “consejeras de las mujeres jóvenes, especialmente durante los periodos prenatal y posnatal” (44), (45).

Sobre el uso de herramientas virtuales para consultar aspectos relacionados con la lactancia, es importante evaluar en futuros estudios su eficacia en la ayuda que se pueda dar a las madres, en especial por su uso cada vez más extendido en la cotidianidad de las personas, especialmente en madres de medianos y alto ingresos.

En esta investigación, para aquellas madres que asistieron a los controles prenatales y tuvieron contacto con el personal consejero, la experiencia de la CLME significó recibir charlas, explicaciones o indicaciones para “estimular el pezón”, para el adecuado “agarre del pezón y la postura al seno”. Es decir, el personal consejero se dedicó básicamente a brindar conocimiento sobre la técnica de la lactancia pero no tuvo en cuenta un manejo centrado en la madre y en sus necesidades, aspecto que se corrobora con los hallazgos derivados en la primera parte de este estudio. No se observa en ningún relato de las madres, que durante la “CLME” les hayan indagado o las hayan escuchado, con el fin de

poder conocer la expectativas o temores de la futura madre frente a la lactancia. Estos hallazgos son consistentes con los resultados del estudio de Foster (2010) (124) “durante la gestación, la información que se da a las madres está centrada en la importancia de la LM en términos de la salud del bebé, además, es probable que haya una menor atención a explorar el punto de vista de las madres sobre la LM, tal como: por cuánto tiempo ellas planean lactar al bebé (y por qué) y cómo ellas se sienten acerca de alimentar en público. Estos factores pueden afectar las decisiones de las mujeres y sus resultados sobre la alimentación, y pueden ser susceptibles de intervención”.

Por lo anterior, es posible afirmar que la atención ofrecida a las gestantes no es consistente con lo que significa una CLME, por cuanto no se observa por parte del personal de salud las actitudes facilitadoras establecidas en la teoría centrada en la persona de Carl Rogers (91). Tampoco se ajusta a lo propuesto por dos Santos Bueno (2004) (85) sobre la consejería en la atención prenatal, quien ofrece varias recomendaciones¹⁰. Además, los resultados de esta investigación, son consistentes con lo que concluye Foster (2010) (124), “es importante que los proveedores de cuidados sean conscientes y sensibles a los complejos factores personales y socioculturales que influyen en las decisiones de las mujeres sobre la alimentación del bebé”.

Algunas madres reconocieron la utilidad de las actividades llamadas “consejería” recibidas por parte del personal de salud, basadas en su inexperiencia con la lactancia y su desconocimiento sobre la misma. Sin embargo, llama la atención que en las experiencias de las madres no se observa ningún reconocimiento de la utilidad de la “consejería” para darle confianza y seguridad en su capacidad para lactar y en la preparación o conocimiento que debía tener la madre ante las dificultades que se podrían presentar con la lactancia, lo que ratifica la inexistencia de una CLME durante la gestación. Estos hallazgos son consistentes con el estudio de Belintxon-Martín (2011) (122), sobre la experiencia de las madres primerizas con la lactancia, quien encontró que “las madres se sienten sorprendidas con aspectos que no esperaban al imaginarse cómo iba a ser la lactancia,

¹⁰ dar mucha atención a los sentimientos de la madre, dejar que la decisión final sea tomada por la madre y mostrar que ella es capaz de optar sobre lo que es mejor para ella y su hijo, reconocer el real motivo de su consulta, corregir ideas erradas y dar informaciones correctas de manera positiva sin que sea como críticas, fortalecer la comprensión de la importancia de la consulta y estar atento al comportamiento verbal y no verbal tanto de la madre como del profesional y mantener una adecuada atención desde la puerta de entrada al hospital hasta la salida de la madre.

por ejemplo el dolor de los pezones durante o tras la succión, la duración de cada toma o la dedicación que requiere” y con Sheehan (2009) (110) quien reporta que, si “bien las madres consideraron que la información en el control prenatal fue útil, cuando realmente llegaron a amamantar, necesitaron más orientación, porque esta experiencia era nueva, a menudo inesperada y para la mayoría fue más difícil de lo que esperaban”.

En el momento del posparto inmediato en las IAMI, la experiencia obtenida de las actividades relacionadas con la “CLME” para las madres, significó contar con la presencia del personal de salud al momento de iniciar la lactancia. Sin embargo, al igual que en la gestación, la consejería fue percibida por las madres, como transmisión de conocimiento por parte del personal consejero y no como el apoyo para dar respuesta consensuada a partir de sus necesidades. Esta transferencia de conocimientos se enfocó en cómo la madre debía colocar el bebé al seno, es decir, fue una indicación centrada en la técnica para lactar y en la postura de la madre para lactar. No se observa en sus vivencias, el reconocimiento del apoyo a la madre para darle confianza y seguridad en su capacidad para lactar, teniendo en cuenta sus necesidades, temores e inseguridad hacia la producción de leche que se presenta en el momento del posparto inmediato, tal como lo reportan diversos estudios (2), (3), (4), (7), (51), (52), (53), (54).

Según las vivencias narradas, la carencia de CLME llevó a que algunas madres requirieran complementar las explicaciones o indicaciones del personal consejero, mediante indicaciones dadas por su familia, especialmente por la madre, o se remitieron a leer en materiales escritos como folletos o cartillas. Esta experiencia vivida por la madre durante el posparto inmediato permite advertir que no hubo una CLME a las madres, en su lugar hubo una indicación a la madre para la adecuada postura para la lactancia, reforzada en algunos casos, por lo leído en los materiales escritos donde se volvía a hacer énfasis en la técnica. Lo cual estaría indicando el desconocimiento del alcance y manejo de la CLME dado que tal parece que cualquier madre puede encontrar en los contenidos de una cartilla o folleto, todo lo que “necesita para lactar”, con las consecuencias que esto conlleva como generarle a la madre mayor inseguridad e incertidumbre hacia la lactancia y privarla de un apoyo personalizado centrado en sus propias necesidades.

Llama la atención que pese a que algunas madres reconocieron utilidad de las indicaciones dadas por el personal consejero en el control prenatal, para “saber más”, para “orientarse más”, para “aprender cómo coger al bebé y para saber cómo amamantarlo”, esto no fue

suficiente para darles confianza ante la sensación vivida por la mitad de las madres, en el posparto inmediato, de que: “no les sale leche” y de que “el bebé no se agarra” o “no se pega al seno”. Ante estas dificultades vividas por las madres, se presentaron dos formas de dar respuesta por parte del personal consejero, una de ellas fue seguir haciendo énfasis en la técnica para lactar y la otra opción fue contradecir el mensaje que inicialmente se les había brindado a la madre, acerca de ofrecer leche materna como único alimento y entonces, como una medida de solución se recomendó ofrecer fórmula de inicio, pese a las consecuencias que esto puede generar, como limitar el inicio de la LM y su mantenimiento hasta los seis meses de manera exclusiva, especialmente porque se puede reforzar la opinión negativa sobre la LM, reportada en algunos estudios (5), (7), (43), (45), como por ejemplo, que no es suficiente para el adecuado desarrollo de los niños y que es poco importante el calostro como primer alimento para el bebé.

Sobre la primera opción, el reforzar la técnica, esta vino acompañada de una actitud impositiva por parte del personal consejero y de actitudes negativas hacia la madre como dar “regañones” con énfasis en “amenazas”, de “dejar hospitalizado al bebé si a ella no le bajaba suficiente leche”. Características estas que son opuestas a las actitudes facilitadoras que propone Carl Rogers, en su Teoría Centrada en la Persona (91). Cabe resaltar que esta situación no deseable, observada en algunos profesionales que tienen contacto con la madre, es consistente con lo evidenciado en la literatura (118), (120), (123). Por ejemplo, Redshaw (2012) (111) señala en su estudio que las actitudes o comportamientos negativos del personal consejero provocaba que las mujeres se sintiesen “intimidadas” o “juzgadas”, “gritadas” y algunas mujeres informaron que se les había hablado “como niños traviesos” cuando habían intentado amamantar y habían fracasado, siendo “reprendidas” por no haber hecho lo que se esperaba.

Sobre la segunda opción, de contradecir el mensaje, en esta investigación se encontró que el mensaje de ofrecer fórmula de inicio, lo da el personal de salud, como una medida temporal y algo “facilista” mientras “le baja leche a la madre” y también como producto del desconocimiento del personal de salud para manejar la situación con la madre. Sin embargo, el mensaje que puede parecer inofensivo y transitorio por parte del personal de salud, de “*si quiere cómprele una leche de formula y se la da mientras usted se va acomodando*” (AEHS11), se convierte en mandatorio para la madre, quien al estar insegura y desconfiada sobre su capacidad para lactar, acude a la compra de este producto al egreso hospitalario,

desestimulando completamente la práctica de la LM, perdiendo por tanto, la razón de ser de una CLME.

Los mensajes contradictorios no solamente se dieron para promover la compra de fórmula de inicio. Según la experiencia de algunas madres, se pudo observar que el mensaje con mayor inconsistencia fue el relacionado con la frecuencia de las tomas, es decir, se presentó la ambigüedad en el mensaje que daba el personal de salud, de si debía ofrecérsele seno al bebé a libre demanda o cada 2-3 horas, esto posiblemente como resultado de la influencia que durante décadas ha ejercido la industria de alimentos infantiles (126), (127) donde, según las recomendaciones de consumo de fórmula, estas deben tener una frecuencia de consumo, por lo que la recomendación del personal de salud a las madres con la lactancia es igualmente, el de asignar una frecuencia de consumo cada cierto tiempo. Sin embargo, con la lactancia, el bebé regula las frecuencias de toma, que no están determinadas únicamente para alimentarse, también para calmar la sed, para compartir el vínculo afectivo con la madre, etc, y además, "más succión produce más leche", razones que llevan a que la recomendación sea LM a libre demanda (128), (129). Los resultados de esta investigación difieren de lo encontrado en el estudio de Redshaw (2012) (111), donde los consejos contradictorios sobre el posicionamiento y el agarre fueron más comunes cuando las mujeres tenían problemas. Independiente del mensaje que entra en contradicción, las consecuencias de que el personal consejero dé mensajes contradictorios, genera en la madre múltiples sensaciones como incertidumbre, mal genio, confusión, frustración, que se adicionan a las que ya tenía por su condición de madre primeriza, en especial cuando se presentan las dificultades para lactar, generando finalmente en la madre el considerar que ella abandone la LM, tal como lo refieren varios estudios (120), (123), por ejemplo, Sheehan (2009) (110) afirma que el apoyo directivo descrito por las mujeres en su estudio parece similar a lo que otros han descrito como "asesoramiento contradictorio" y puede explicar por qué el consejo dado de una manera directiva puede ser visto como conflictivo en lugar de una opción alternativa.

Llama la atención que igualmente se presentó ambigüedad entre lo indicado por el personal de salud y lo que finalmente la madre terminó haciendo, todo para sentirse más cómoda durante el acto de amamantar y porque ella "seguía su instinto" de hacer lo mejor para ella y para su bebé. Es posible que este comportamiento sea producto de la ausencia de respuesta ante las necesidades de la madre, ante lo cual ella debe tomar otras

opciones. Hallazgo que permite cuestionar sobre ¿qué CLME está recibiendo la madre y cómo se lleva a cabo en estas IAMI? Lo cual es reportado en la vivencia de estas madres.

Esto reafirma la importancia de ofrecer la CLME durante el posparto inmediato, momento en que la madre se enfrenta a esta experiencia única y nueva para ella. Por lo que es importante que se le brinde una consejería individual, ya que así es posible identificar las necesidades, preferencias e inquietudes de cada madre con relación a la alimentación del bebé y a su comodidad y bienestar. Tal como lo refiere en su estudio Díaz-Sáez (2011) (130) “Las madres necesitan ayuda en el puerperio, y la comunicación se convierte en un medio útil para percibir y dar respuesta a sus necesidades” y “las madres demandan una comunicación centrada en sus necesidades, y una mayor disponibilidad y apoyo por parte del personal sanitario”.

En el momento del egreso hospitalario, la experiencia con la CLME para las madres significó la presencia permanente de la familia a través de ayuda, atención, colaboración, para favorecer la buena postura para lactar, para que no se canse, esté más tranquila, disponga de paciencia y se alimente adecuadamente.

Es importante destacar en las vivencias de las madres, que la maternidad es una experiencia que no solo vive la madre sino que también es compartida con la familia (especialmente la abuela) y la red de apoyo cercana (amigas), destacándose la participación activa de la mujer para apoyar a la madre y a su bebé con la lactancia y no solamente para ayudarla ante sus dificultades, derivada de una ausencia de CLME. Esta participación de la mujer se dio gracias a su experiencia previa con la lactancia y a la posibilidad de interacción a través de las normas sociales, tal como lo refiere el estudio de Swanson (2001) (125) y también como se concluye en el estudio de Aubel (2011) (44), que muestra la influencia colectiva de redes sociales compuestas por mujeres mayores sobre las prácticas relacionadas con la nutrición de la madre y el niño, especialmente durante los periodos prenatal y neonatal.

La participación del hombre en esta investigación fue menos visible. Similar resultado se obtuvo en la revisión sistemática de Aubel (2011) (44), donde se revela el “relativamente limitado papel de los hombres en el día a día de las actividades relacionadas con la nutrición de los niños y las mujeres en el ámbito familiar”. Aunque también hay estudios que afirman lo contrario (2), (4), (125). El hombre en esta investigación estuvo presente

cuando fue necesario adquirir las fórmulas lácteas o el extractor de leche, o para indicar a la madre la importancia de que se alimentara bien y para ayudar haciéndole masajes a la madre en el seno.

Fue claro en esta investigación que las madres recibieron ayuda de la familia y red de apoyo cercana, como una forma de “rescate” al no recibir ayuda ni satisfacer las expectativas del personal de salud. Esta ayuda y atención que recibió la madre por parte de la familia y amigas estuvo dirigida a lograr bienestar en el binomio madre-hijo, y no solamente a mejorar o mantener una apropiada técnica de la lactancia, además se resalta el énfasis que dan las madres de este estudio de, “procurar” una adecuada alimentación a la madre para que “le bajara buena leche al bebé”, así como también la necesidad de una buena postura para lactar, con el fin de que el bebé “recibiera bien la leche”, se evitaran dificultades con la lactancia y la madre se sintiera cómoda, y en que la madre “tuviese paciencia” y “no se estresara” para evitar que “eso que sentía la madre se pasara al bebé”. Hallazgos consistentes con lo encontrado en el estudio de Hall (2007) (120), donde las madres reconocieron la importancia de la familia y relataron experiencias positivas y edificantes producto de este apoyo.

En el egreso hospitalario se observó que el personal de salud no realiza CLME. De acuerdo con la experiencia vivida por algunas madres de este estudio, el contacto con el personal de salud se realizó en los controles posnatales mediante preguntas del médico “si estaban lactando a sus bebés”, “si lo estaban haciendo bien y/o si estaban teniendo dificultades”. Esta forma de interactuar con la madre no es propia de una CLME, al contrario, parece más el cumplimiento de un protocolo médico, que el querer acercarse a ella para conocer su experiencia con la lactancia y las necesidades con la misma, lo que genera situaciones como que la madre responda igualmente de manera protocolaria e incluso con “mentiras”, provocado por la actitud negativa que vivieron con el personal de salud, y que no quieren repetir, cuando presentaron dificultades o problemas con la lactancia en el posparto inmediato.

La falta de apoyo y seguimiento a la madre en el egreso hospitalario, corrobora una vez más, la inexistencia de la CLME al igual que en la gestación y en el posparto inmediato, debido a que esa es una actividad que debe realizar todo consejero que apoya a la madre, para verificar si ella está teniendo una lactancia adecuada y que no esté atravesando por dificultades con la misma, tal como se propone en el curso de la OMS (9) y como

recomienda dos Santos Bueno (2004) (85), pues en este momento la madre precisa de “ayuda centrada en las dificultades específicas o en sus crisis de autoconfianza”.

Ante la ausencia de consejería por parte del personal consejero, en el momento del egreso hospitalario, en el cual la madre precisa de mayor apoyo porque es cuando se presentan dudas, inconvenientes y dificultades para mantener la lactancia (85), algunas madres vivieron la experiencia de tener que buscar en diferentes fuentes para complementar el apoyo y atención recibidos por la familia y amigas. Por ejemplo, acudir a un sobandero para descongestionar los senos, acoger la recomendación de un médico amigo de comprar “leche de tarro”, recibir charlas de un programa del gobierno. Estas “ayudas”, es posible, puedan generarle mayor incertidumbre y desconfianza, y no le ofrezcan las herramientas prácticas para que pueda continuar la lactancia sin complicaciones hasta los seis meses.

Paralelamente, algunas madres en sus vivencias hicieron uso de otros medios como consultas en Internet donde exploraron la información en tutoriales sobre la forma de hacerse masajes y de producir más leche. Una de estas madres recibió indicaciones por WhatsApp al consultar sobre su inseguridad para producir leche. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Hall (2007) (120) como apoyo no profesional. Sin embargo, es preciso investigar sobre el impacto de este tipo de “ayuda virtual” a las madres en nuestro medio, dado su uso cada vez más extendido. Sobre este aspecto, una revisión de estudios realizados en los Estados Unidos con mujeres de bajos ingresos (131) concluye que “la educación sobre la LM mediante el uso de multimedia puede no ser una estrategia eficaz de promoción de la LM, especialmente entre las mujeres de bajos ingresos”, posiblemente por dificultad de acceso a éste o por no contar con el hábito de su uso. Situación que requiere ser estudiada en nuestro medio, en especial para analizar cómo una herramienta virtual puede funcionar como complemento a la CLME.

Llama la atención en estas vivencias que las creencias y mitos de las madres con respecto al cuidado en el posparto parece tener influencia en la decisión de desplazarse a la institución de salud, situación que podría ser aclarada en la CLME desde la gestación. Le corresponde al personal de salud responsable de la CLME, explorar los mitos y creencias que puedan estar interfiriendo en las buenas prácticas de salud, además, el servicio de salud debe acercarse a la madre y a su familiar, para conocer su situación con la lactancia y apoyarla en sus inquietudes y necesidades (132). Hallazgo que sugiere la importancia de las visitas de seguimiento por parte de un consejero en LME o la atención

individualizada donde “todas las habilidades de la consejería deben ser usadas en la consulta, con énfasis en la empatía” y teniendo en cuenta el contexto cultural de las madres, tal como lo plantea dos Santos Bueno (2004) (85) y lo propone la investigadora en su concepto de CLME.

Se destaca que la mayoría de las madres tuvo problemas para lactar y una parte de ellas presentó las dificultades desde el posparto inmediato. Es posible afirmar que la atención ofrecida por la institución, desde la “CLME”, durante la gestación y posparto inmediato, no les brindó los elementos a las madres que les permitiera atender las dificultades que se les presentaron para lactar, a pesar de que las madres relataron que si fue de utilidad la “consejería” recibida en esos dos momentos. Es así que, cuando se presentaron las dificultades con la lactancia, quien les prestó ayuda o acompañamiento permanente fue la familia o mujeres de su círculo cercano y dada esta influencia familiar, las madres tuvieron la experiencia de recibir indicaciones y de realizar diversas prácticas para estimular la producción de leche y/o encontrar alivio al dolor ocasionado por la congestión en los senos y/o los pezones fisurados.

La ausencia de CLME por parte del personal de salud, se vio reflejada en la experiencia vivida por la mayoría de las madres quienes tuvieron que optar por diversas alternativas de solución ante sus problemas durante la lactancia. Se observó que las madres acudieron a que les realizaran masajes o “sobadas”, o a usar cremas o sustancias en sus senos para aliviar las molestias, o que se realizaran drenajes linfáticos (prácticas estas que merecen ser estudiadas como estrategias que pueden ser usadas o no, como ayuda a la madre con la lactancia), o que tomaran bebidas como agua de hinojo, práctica que también se encontró en el estudio sobre “Conocimientos, saberes y prácticas de la lactancia materna” del DABS¹¹ (133) como una opción que reconocieron tanto las madres en lactancia como el personal de apoyo o servidores públicos, para aumentar la producción de la leche materna. O que también las madres encontraran soluciones que desestimulan la práctica de la LM, como el uso del chupo y de fórmula, tal como lo reportan varios estudios (5), (7), (43), (45).

¹¹ DABS: Departamento Administrativo de Bienestar Social, actualmente SDIS: Secretaría Distrital de Integración Social.

La vivencia de las madres en los tres momentos, mostró un mayor contacto con las enfermeras y auxiliares de enfermería y un mínimo contacto con el profesional nutricionista dietista. Igualmente, llama la atención que la participación de este personal consejero no se hace mediante la CLME, sino a través de una indicación de lo que debe hacer la madre en un momento determinado, lo cual va en contravía de lo que significa una CLM, según lo reportado en estudios previos (77), (88), (90) y como lo sugiere en su concepto esta investigadora.

Producto de la inexperiencia de las madres de esta investigación por ser primerizas, las dificultades que vivieron con la lactancia y la experiencia vivida en los tres momentos, en los que no hubo una CLME por parte del personal consejero, la lactancia resultó ser una experiencia de “dolor, miedo, angustia y frustración”. De dolor, por los problemas que tuvieron las madres, por la congestión en sus senos y los pezones fisurados. De miedo, por sentir en sus brazos la fragilidad del bebé y por pensar en que podrían hacerle daño al momento de alimentarlo. La angustia y frustración que sintieron las madres de esta investigación, pudo ser ocasionada por inseguridad de que no le estuviesen ofreciendo suficiente leche al bebé o al sentir que el bebé no se “agarraba al seno” y no lograban tener éxito con la lactancia, teniendo como consecuencia el sentimiento de frustración por el no poder satisfacer las necesidades del bebé y que eso pudiera afectar la salud de su hijo. Estos hallazgos coinciden con lo reportado en la literatura, Redshaw (2012) (111) quien encontró en su estudio que algunas mujeres se sentían socavadas cuando tenían dificultades con la LM y Hall (2007) (120) relata que las madres estaban abrumadas de sentimientos de dolor y tristeza, que a menudo fueron exacerbados por quienes ellas buscaron para solicitar apoyo (personal consejero).

La experiencia vivida por las madres en los tres momentos, a partir de unas prácticas médicas denominadas desde las instituciones de salud como de “consejería”, seguramente generaron que las madres tuviesen una distorsión del significado de la CLME, ya que para algunas madres significó dar indicaciones o explicaciones para la lactancia y para otras, “*como su nombre lo indica*”, significa consejos para la lactancia. Con un aspecto en común en estos significados, y es que están dirigidos a la manera en que la madre debe poner al seno, para que pueda lactar. Es decir, es una recomendación más que consejería para la técnica para lactar, más no una consejería centrada en la madre a partir de sus necesidades, inquietudes e inseguridades (85), o como refiere Belintxon-Martín (2011)

(122) una consejería donde “los profesionales deberían tener en cuenta las expectativas de cada madre y cómo hace frente al nuevo rol, la necesidad de proporcionar apoyo práctico y emocional con unanimidad de criterios y la importancia del apoyo del padre”. Llama la atención que no se identificó en el significado de consejería, el apoyo a la madre para que ella se sintiera segura y con confianza para poder lactar a su bebé (85), (122), a excepción de una madre que consideró la consejería como apoyo para la mujer.

Sin embargo, cuando se indagó sobre la manera como deberían ser apoyadas las madres para que lacten exclusivamente a sus bebés hasta los seis meses, ellas expusieron aspectos diferentes a lo que consideran es una CLME. Es así, como la mayoría resaltaron la importancia de recibir apoyo, acompañamiento o seguimiento por parte del personal consejero, en el “cómo está lactando la madre”, en “cómo se siente ella lactando a su bebé”, en el “vínculo que se logra lactando al bebé” y en la adecuada alimentación tanto para ella como para el bebé. Es claro ver, en los relatos de las madres, que ellas expusieron un significado de CLM ligado a la experiencia vivida con el personal consejero, pero también, producto de esa vivencia sienten una gran necesidad de apoyo y acompañamiento para ese momento de la relación madre e hijo, único e irreplicable. *Precisan, según su experiencia, un profesional que las escuche, las comprenda y les ofrezca ayuda*, es decir, precisan de un consejero en LM.

Otras madres expresaron la importancia de que les den información o les enseñen sobre el “cómo hacerlo”, de que las prevengan sobre las posibles dificultades que se pueden presentar. Además, de que les den información o les enseñen sobre los “beneficios de la LM para el bebé y la madre” y la “importancia de lactar exclusivamente hasta los 6 meses”, para que las madres comprendan de esta importancia y lacten este tiempo de manera exclusiva a sus bebés (23). De manera adicional, en el caso de la mujer trabajadora, proponen que se dé más tiempo a la licencia de maternidad¹², no trabajar durante los seis primeros meses o que las dejen salir más temprano del trabajo.

Es importante resaltar la necesidad que las madres de esta investigación expresaron, de contar con un personal de salud que cumpla las dos características que debe tener un consejero en LME, es decir, que posea los conocimientos científicos necesarios sobre el

¹² Es importante aclarar que las entrevistas hechas a las madres se realizaron antes de que se expidiera la actual licencia de maternidad para el país (Ley 1822 de 2017).

tema y las habilidades de consejería, tal como lo establece el Curso de consejería de la OMS (9) y la Teoría Centrada en la Persona de Carl Rogers (91), de manera que, según las vivencias de las madres: “entienda a la madre”, “que sea humano”, “que le dé buen trato”. Igualmente propusieron que el personal de salud debería “unificar los conceptos de la lactancia”. Esta última necesidad ha sido también expuesta en algunos estudios (110), (111), como en la revisión sistemática sobre las barreras para hacer consejería, de Laanterä (2011) (77), que encontró como una de las principales barreras, la falta de conocimientos en lactancia y los mensajes contradictorios.

Llama la atención que en una experiencia vivida, una madre resalte la necesidad de que ella misma participe en la toma de decisión para lactar. Al respecto, diversos estudios han reportado que por la forma directiva en que el personal de salud se dirige a las madres, bajo un modelo médico que privilegia el conocimiento profesional y el poder, las mujeres aceptan un rol pasivo y sumiso (118), y que las madres al presentar dificultades y optar por dar leche de fórmula, se sintieron bajo presión. Como afirma Redshaw (2012) (111) “Algunas mujeres consideraron que no era una cuestión de elección y querían que se entendiera su posición”. Esta necesidad sentida por la madre, refleja nuevamente la vivencia de una ausencia de CLME centrada en la mujer y al contrario, un contacto por parte del personal de salud, caracterizado por la prescripción y la información.

Las necesidades expresadas por las madres, fueron consecuentes con lo que ellas refirieron de lo que les hizo falta durante su vivencia en los tres momentos y también con base en las dificultades y problemas vividos durante la lactancia, sin una respuesta adecuada. Es así como expresaron que les hizo falta que les hablaran desde el embarazo sobre el “cómo” debían lactar al bebé, en especial con ejemplos prácticos y “no con muñecos” y por parte “no de un profesional sino de una persona”, que les “indicaran sobre los masajes o las previnieran sobre las dificultades o síntomas”. Sobresale en estas vivencias, la necesidad de un acompañamiento que dé respuesta a las necesidades de la madre, no de forma idealizada sino de manera real y concreta de las situaciones por las que puede pasar una madre (122), (132) y la manera de solucionar sus dificultades o resolver sus inquietudes y por parte de una persona con habilidades para la consejería. Hallazgos consistentes con lo reportado por Sheehan (2009) (110) “Las mujeres esperan buscar y/o recibir apoyo profesional para la LM durante este tiempo, viendo este periodo como tiempo de aprendizaje y a los profesionales de la salud como autoridades en

lactancia” y por Redshaw (2012) (111) donde las mujeres informaron que “el personal de salud esperaba que pidieran ayuda cuando se necesitaba. Sin embargo, comúnmente consideraron que el apoyo de la LM debe ser ofrecido en lugar de tener que preguntar”.

Algunas madres relataron que les faltó ayuda, estimulación o acompañamiento para lograr un buen inicio de la lactancia y hacer de la LM una experiencia gratificante y en especial que se pase de lo teórico a lo práctico para que la madre pueda estar preparada para iniciar la lactancia. Estas necesidades de apoyo fueron reportadas por las madres en otros estudios (122), es decir, ellas reconocieron la utilidad de la consejería recibida pero ante la experiencia nueva e inesperada, encontraron que debieron recibir una consejería más realista (132), y para la mayoría de las mujeres la LM fue más difícil de lo que esperaban. Consideraron que la práctica de la LM era impredecible y desconocida y hablaron de su falta de confianza y cuestionaron su capacidad para amamantar. Por tanto, no era de extrañar, que las mujeres hablaran sobre la necesidad y la importancia del apoyo (110).

Adicionalmente, a las madres de este estudio, les faltó conocer más o profundizar el qué de la lactancia, el para qué y además el porqué de darle leche materna como único alimento hasta los 6 meses, en términos del bebé y la madre, esto con el fin de que estuviesen “más convencidas” de los beneficios, para continuar de manera exclusiva hasta los seis meses (23).

Por lo discutido anteriormente, es posible afirmar que la vivencia de las madres con la CLME estuvo marcada por su inexistencia en los tres momentos. El contacto que tuvo la madre con el personal de salud fue mediante explicaciones e indicaciones puntuales, repetitivas y poco útiles, sobre la técnica de la lactancia, a veces de forma impositiva y con mala actitud y en ninguno de los tres momentos se apoyó a la madre desde sus necesidades e inquietudes de manera que se le pudiera dar la confianza necesaria en su capacidad para lactar. Debido a la inexperiencia de las madres por ser primigestantes, a las dificultades que vivieron con la lactancia y que no fueron adecuadamente atendidas desde la CLME, para las madres de este estudio, la lactancia fue una experiencia de dolor, estrés y frustración y fue la familia y red de apoyo cercana (amigas) quienes hicieron parte de la experiencia de las madres con la lactancia, mediante la ayuda, el acompañamiento, la comprensión, el estar ahí. Esta vivencia de las madres, dada la inexistencia de la CLME no les aportó en su decisión para lactar, no les ayudó a superar las inquietudes y

dificultades que se le presentaron y por tanto, no les permitió vivir una experiencia plena con la lactancia.

5. La Tesis

La ausencia de CLME, como experiencia vivida por las madres de las IAMI de Bogotá

Esta sección corresponde a la discusión integral de las dos etapas, se identifican los hallazgos comunes y algunos que son divergentes, desde lo expresado por el personal de salud de las 12 IAMI de la ciudad de Bogotá y lo vivido por las 19 madres participantes en este estudio.

La CLM ha sido implementada en los últimos veinte años como iniciativa transversal a las diversas estrategias para promover la LM (112), (134) y su efectividad ha sido demostrada en el inicio, exclusividad y duración de la lactancia en estudios previos (12), (83), (113). En las instituciones IAMI en Bogotá, la consejería se contempla como una estrategia educativa e integral, fundamental para apoyar a la madre y a la familia, sobre cómo alimentar a sus hijos.

La tesis de este trabajo, es que las madres de esta investigación no recibieron CLME, por lo tanto no vivieron la experiencia en CLME, que para efectos de esta investigación se enfatizó en los tres momentos: gestación, posparto inmediato y egreso hospitalario como una sola vivencia. En general, el personal de salud al que llaman consejero (a) en la institución de salud, carece de las habilidades necesarias para ser consejero en LME (9), (91), pues se presentaron actitudes negativas como regaños, amenazas y presión para lactar, ante las dudas y dificultades que presentaron las madres con la lactancia, que les generaron a ellas sensaciones como estrés, frustración y angustia y que no les permitieron tener una experiencia agradable con la lactancia, situación completamente opuesta a lo que significa la CLME.

El personal consejero de las IAMI seleccionadas para este estudio, manifestó haber recibido capacitación en LM, específicamente en aspectos relacionados con la técnica de la LM y sus beneficios, sin embargo no fue formado en el desarrollo de las habilidades necesarias para apoyar a la madre con la lactancia (9), (91) y esos mismos temas aprendidos, fueron los que trató de impartir a las madres, independiente de sus necesidades e inseguridades con la lactancia. En algunos casos no se dieron mensajes unificados y las madres recibieron mensajes contradictorios (77), (110), (111), lo cual es contrario a lo que se espera de un personal de salud formado en CLME, quien debe poseer tanto las habilidades como los conocimientos científicos claros en LM.

Lo que entiende por consejería el consejero es opuesto a lo que indica la literatura como CLME (77), (83), (88). Para ellos, consiste en informar, explicar o enseñar a la madre sobre LM, sus beneficios, las técnicas, etc, en los tres momentos. Para las madres de esta investigación, la consejería significa igualmente, informar, explicar o enseñar, producto de su vivencia en el contacto con el personal de salud, en los tres momentos. Sin embargo, llama la atención que ellas no esperan ese tipo de “consejería” recibida por el personal de salud, en su lugar, las madres demandan apoyo, seguimiento, acompañamiento, escucha, respeto, sobre cómo se siente la madre lactando a su bebé, cómo es su vínculo con el bebé y cómo está lactando a su bebé.

Además, consideran que debería pasarse de la teoría a la práctica, es decir, que puedan mostrarle a las madres la manera de lactar desde ejemplos reales, que les expliquen el qué, cómo y para qué de la LME y por parte de un personal de salud que tenga las habilidades de un consejero en LM. Esto muestra la consistencia de los hallazgos en las dos etapas, por cuanto, hay unidad con relación al significado de la CLME, dado por el personal de salud y las madres de este estudio y también hay acuerdo en la inexistencia de una CLME en los tres momentos, evidenciado en lo señalado por el personal consejero, cuando tiene contacto con la madre y ratificado por las madres en sus vivencias y en la demanda que ellas hacen, de contar con una consejería centrada en la ayuda y en el acompañamiento a ella y a su bebé.

Bajo esta forma de entender y direccionar la “CLME” y ante las dudas que vivieron las madres con la lactancia, reconocidas por el personal consejero y las madres de esta investigación, relacionadas con la inseguridad en la producción de leche, no fue posible que las madres tuviesen la experiencia de vivir una CLME, centrada en ellas, en sus

necesidades, en sus expectativas, inseguridades y temores hacia la lactancia. Lo que generó que en el egreso hospitalario, la mayoría de las madres vivieran experiencias desagradables con la lactancia, como dolor, estrés, temor y frustración (111), (120) y tuvieran que optar por diversas soluciones a sus dificultades con la lactancia, bajo la influencia en casi todas las madres, de su familia, especialmente de las abuelas y red de apoyo cercana (amigas) a través de diversas prácticas, algunas desfavorecedoras de la LME, como el ofrecer leche de fórmula a su bebé.

Tanto los consejeros como las madres de esta investigación, coincidieron en la necesidad de contar con más tiempo para el acompañamiento a la madre. El personal de salud, demanda “mayor dedicación de tiempo a la lactancia y a la consejería” y “contar con mayor número de talento humano” y la madre demanda mayor acompañamiento y seguimiento durante la práctica de la LM (85), (132). Igualmente, coincidieron en la importancia de que el personal de salud que se dedique a la consejería y en general todo el personal de salud que va a tener contacto con la madre en la institución de salud, tenga conocimientos unificados en lactancia, de hecho las principales recomendaciones que el personal de salud hizo para que la consejería sea exitosa en la institución de salud, fueron: “Capacitar a todo el personal de la institución en LM” y “compromiso de los profesionales de la salud e institución con la LM” y por parte de las madres, ellas solicitan: “Tener claros o redondear los conceptos, porque el personal de salud se contradice”.

Hay un aspecto diferencial en la recomendación sobre la unificación de conocimientos: para los consejeros es relevante que exista mayor capacitación y actualización sobre la lactancia, en tanto las madres, que también expresaron su importancia, encuentran más relevante el aspecto humano del profesional de salud. Ellas buscan en estos profesionales a una persona que las ayude y las apoye durante su proceso con la lactancia, “que sea humano”. Lo que reafirma el vacío en la CLME vivida por parte de las madres desde el control prenatal hasta el egreso hospitalario, y en su lugar la experiencia de recibir indicaciones o explicaciones sobre la técnica de la lactancia y conceptos sobre la misma y en algunos casos de forma directiva y contradictoria, lo que lejos de ayudarla, le generó más estrés y frustración ante las dificultades encontradas con la lactancia.

Tanto los consejeros como las madres de esta investigación, reconocieron tener mayor contacto en el momento del posparto inmediato. Sin embargo, como ya se mencionó, el contacto que se tuvo por parte del personal de salud no respondió al de un consejero en

LME, por lo que no fue posible resolverle a la madre las inquietudes iniciales con la lactancia, que de por sí ya tenía desde la gestación donde tampoco hubo una CLME, lo que llevó a que se presentasen problemas posteriores, como congestión en los senos y pezones fisurados, problemas que interfirieron con la práctica de la LME.

Ante esta situación, surgen los siguientes planteamientos, que requieren ser indagados en futuras investigaciones: ¿la CLME que debe ofrecerse por parte de las IAMI es garantía para aumentar la práctica de la LME? y dada la mínima permanencia de las madres en los hospitales después del parto, que en la mayoría de los casos es de menos de 24 horas, ¿es posible ofrecerse una atención de calidad desde la CLME?, ¿la lactancia alcanza a establecerse plenamente? Y ¿de qué manera debería apoyarse a la madre con la lactancia desde el control prenatal, para que ella pueda prepararse, para que durante la estancia hospitalaria reciba CLME que se ajuste a las necesidades específicas de cada madre?

Quedó claro que no se hizo CLME en el control prenatal, en el posparto inmediato, ni seguimiento a la madre durante la práctica de la lactancia, al egreso hospitalario. Esta ausencia por parte de las instituciones de salud generó varias situaciones, por un lado, fue la familia y red de apoyo cercana quien debió “hacerse cargo” de atender a las madres con las dudas, inseguridades, dificultades y problemas con la lactancia, y que tenían desde el posparto inmediato. En este sentido, la madre vivió una “consejería” desde la ayuda, acompañamiento y atención para ella y para su bebé y para superar sus dificultades, con algunas medidas que no fueron del todo favorecedoras de la práctica de la LME, sin embargo fue positiva para el logro de su bienestar y cuidado (sentirse aliviada, cómoda, alimentarse mejor, estar tranquila, vivir el vínculo madre-hijo) (123), (125). Sobre la influencia familiar observada en esta investigación, queda abierta la posibilidad para indagar en estudios posteriores, ¿de qué manera las diversas prácticas realizadas por las madres, recibidas por influencia de la familia y red de apoyo cercana, favorecen o no, la práctica de la LM y le ayudan a ella a solucionar sus problemas con la lactancia? y también, ¿cómo puede potencializarse la CLME a la madre, desde la institución de salud a través de su personal, en colaboración con la familia y red de apoyo cercana?.

Se encontró una mínima participación del compañero de la madre, al contrario de lo reportado por la literatura (39), (40), (41), (42), (120), (125), lo que sugiere hacer estudios posteriores en nuestro medio, que indaguen a profundidad el papel del padre en el apoyo

a la madre, teniendo en cuenta la participación cada vez más activa de la mujer en el ámbito académico y laboral.

La falta de seguimiento a la madre desde la institución de salud en el egreso hospitalario, allanó el camino para que ella, insegura y desconfiada en su capacidad para lactar, desistiera ante los problemas físicos que presentó y ante sensaciones como dolor, desesperación y frustración, optara por acudir a diversas prácticas, como tomar bebidas con hierbas, untarse sustancias en los senos o pezones o hacerse masajes, para mejorar su producción de leche y minimizar las molestias físicas. En otros casos, optó por ofrecer leche de fórmula a su bebé, iniciando una alimentación complementaria temprana. Dando como resultado, que los pocos esfuerzos que se hicieron para promover la LME, bien sea en el control prenatal o posparto inmediato, resultasen infructuosos.

Se resalta que la segunda barrera que observó el personal consejero para que las madres no lacten exclusivamente a sus bebés hasta los 6 meses, fueron las creencias que tiene la madre sobre la lactancia. Lo que está en coherencia con lo mencionado anteriormente, debido a que, por la inexistencia de la CLME, la familia y red de apoyo cercana (amigas), ejercen gran influencia en la madre y ese apoyo y acompañamiento se hace a través de las creencias y mitos con la lactancia, que se van transmitiendo de generación en generación y que es posible puedan desestimular la lactancia en las madres (120), (125). Aspecto que bien vale la pena tener en cuenta cuando se busca promover la LME mediante la consejería, ya que la madre se enfrenta a una vivencia con la lactancia en la que por un lado, está la familia con sus creencias y prácticas con la lactancia y por el otro lado, está el personal de salud que no hace CLME y al contrario, da indicaciones a la madre y en algunas oportunidades se contradice en los mensajes sobre la lactancia. Situaciones que generan incertidumbre y confusión en la madre y que atentan contra una práctica de la LME hasta los seis meses, de forma exitosa.

Llama la atención que el personal consejero refirió, como otra barrera para que la madre no lacte de manera exclusiva hasta los 6 meses, la poca disposición para lactar. Esta actitud, sumado al comportamiento negativo observado en el personal de salud, vivido por la mayoría de las madres, seguramente se constituyen en barreras para que no se promueva la LME o para que se desista de practicarla de forma exclusiva hasta los seis meses. Esto está corroborando la importancia de realizar una CLME, mediante conocimientos en LM claros y de manera unificada por parte del consejero y en general

del personal de salud de la institución y sobre todo, de las habilidades necesarias para realizar la consejería, como son las habilidades para escuchar y aprender y las habilidades para reforzar la confianza y dar apoyo, contenidas en las actitudes facilitadoras establecidas en la Teoría centrada en la persona de Carl Rogers (91).’

Es indiscutible la importancia de realizar CLME a las madres, en especial por los resultados que se siguen observando en las Encuestas Nacionales de Situación Nutricional (ENSIN 2005-2010) (135), sobre las razones expuestas por las madres para suspender la lactancia. En la ENSIN 2005 se encontró que el 60,5% de las madres que suspendieron la lactancia, entre los 0 y 3 meses de edad del niño, dijeron *no tener leche* y 40,5% entre 4 y 6 meses. En tanto, en la ENSIN 2010, las razones expuestas por la madres de menores de 2 años fue porque *se acabó la leche o por rechazo del niño*. Motivos, según la ENSIN 2010, “probablemente asociados con técnicas inadecuadas de amamantamiento” pero que claramente pueden ser abordadas desde la CLME y no desde la indicación o explicación a la madre sobre la técnica de la lactancia, porque los resultados de estas encuestas están mostrando que no se está teniendo éxito en el acompañamiento que se está haciendo a la madre desde las instituciones de salud.

Esta situación nos está mostrando que se siguen presentando las mismas razones por las cuales las madres desisten de continuar lactando a sus bebés, y que se pueden abordar desde la CLME, sin embargo, en el país, la política pública orientada a promover la LME sigue formulando y realizando las mismas actividades educativas¹³, centradas en la técnica de la lactancia (beneficios, posición adecuada, mecanismos de producción de la leche, principales ventajas, y extracción manual) y una CLM sin contar con un concepto ni la manera de hacerlo. Lo que significa que las razones expresadas por las madres no se estén abordando adecuadamente y por tanto, es necesario proponer un cambio, desde una CLME “centrada en la madre y sus necesidades, más que en la indicación o enseñanza de una variedad de temas sobre lactancia, que en algunas ocasiones no le son de utilidad” (118)

¹³ Es así, como en la ENSIN 2010 se encontró que el 70% de las madres de menores de 5 años recibió asesoría en los primeros 2 días posparto por parte del personal de salud, sobre cómo iniciar la LM y el primer lugar donde recibieron la capacitación fue en la institución de salud (91%).

Los hallazgos de esta investigación permiten afirmar que existe una ruptura entre lo dispuesto en los lineamientos de política que buscan promover, proteger y apoyar la LM en nuestro país, a través de la Guía de práctica clínica del recién nacido sano 2013 (136) y la Guía para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013 (137), donde se enuncia que se debe hacer consejería, y lo que en realidad no se implementa, ya que en estos lineamientos no se define ni se establece con claridad cómo debe ser realizada. Además, por parte de las IAMI, que deben implementar estos lineamientos, no se realiza CLME, por lo que no se está apoyando a la mujer para que desarrolle confianza y seguridad en sí misma en su capacidad para lactar, con comprensión y respeto de sus necesidades, de manera que pueda decidir qué es lo mejor para ella y su hijo, para que planee el inicio de la lactancia, supere las inquietudes y dificultades que se puedan presentar y le permita vivir una experiencia plena con la lactancia”, según el concepto que propone esta investigadora.

El diagrama 4-5 presenta una síntesis de la experiencia vivida por las madres en los tres momentos, en las IAMI de la ciudad de Bogotá, marcada por la ausencia de la CLME por parte del personal de salud y por la presencia de la familia (abuela) mediante ayuda y acompañamiento, que no correspondió tampoco a una CLME.

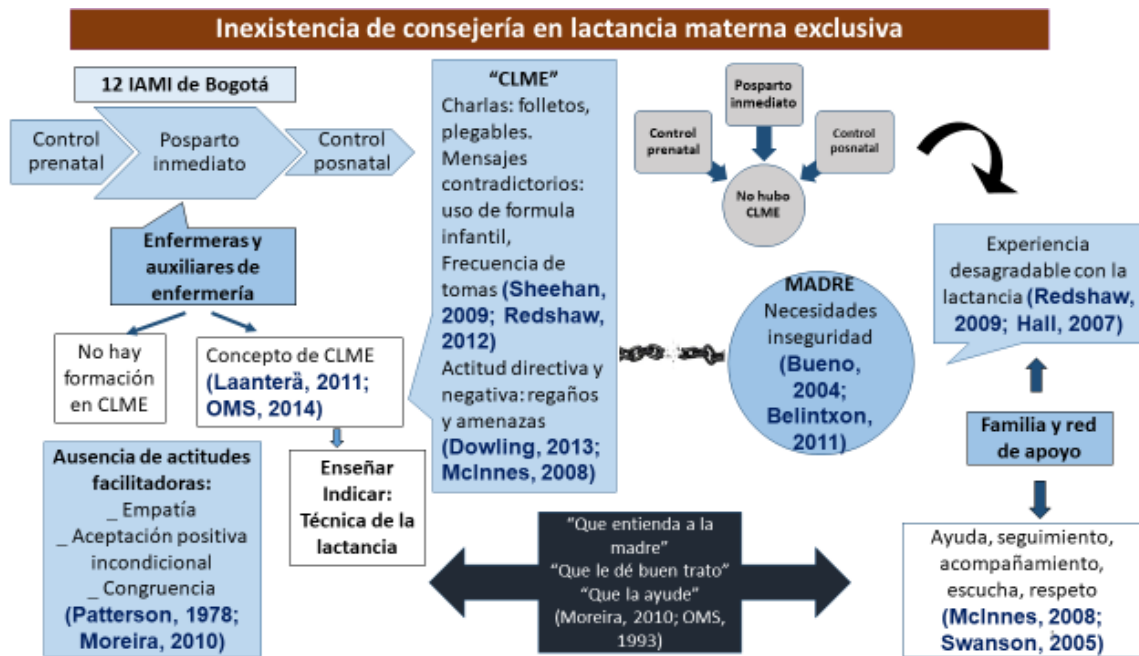


Diagrama 4-5 Experiencia de la CLME vivida en un grupo de madres en el contexto de las IAMI de la ciudad de Bogotá. Fuente propia.

6. Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

Los hallazgos y las discusiones en torno a estos hallazgos, permitieron un acercamiento a la comprensión de la experiencia vivida de la CLME hasta los seis meses, recibida por un grupo de madres en lactancia, en el contexto de IAMI de la ciudad de Bogotá. De esta manera, fue posible aproximarse comprensivamente a un fenómeno de estudio, relativamente reciente a nivel mundial y que busca hacerse efectivo a nivel nacional, a través de la iniciativa IAMI, en el que se evidenció que las madres **no vivieron la experiencia de la CLME.**

En Colombia, la CLM está enunciada en la Guía de práctica clínica del recién nacido sano 2013 y la Guía para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013, sin embargo no se explicita cuál es su concepto ni se dan orientaciones sobre cómo debe ser realizada. Lo que genera que en teoría se reconozca la necesidad de implementarla a nivel del sistema de salud, pero que en la práctica no haya consenso sobre su realización y se desvirtúe la razón de ser de una CLME. Igualmente, la CLM no aparece contemplada como estrategia a nivel nacional dentro del Plan Decenal de Lactancia Materna, lo que constituye un enorme vacío como medida en salud pública para promover la práctica de la LME hasta los seis meses y con complementaria hasta los dos años y más.

En las 12 IAMI de la ciudad de Bogotá, que participaron en esta investigación, se encontró que el personal de salud, representado por las enfermeras y auxiliares de enfermería, tiene mayor contacto con la madre en el posparto inmediato, una mediana participación en el control prenatal y una mínima participación en el egreso hospitalario. Los participantes en este estudio, llamados consejeros en lactancia en la institución de salud, no cuentan con las competencias para ser consejeros en LME, en especial porque no poseen las habilidades que se requieren para hacer consejería a la madre como son: la habilidad para escuchar y aprender y la habilidad para reforzar la confianza y dar apoyo.

Para esta investigación, la CLME se considera como: “el apoyo a la mujer para que desarrolle confianza, seguridad en sí misma y capacidad para lactar, con comprensión y respeto de sus necesidades, de manera que pueda decidir qué es lo mejor para ella y su hijo, para que planee el inicio de la lactancia, supere las inquietudes y dificultades que se puedan presentar y le permita vivir una experiencia plena con la lactancia”, por lo que, al indagar por el concepto que da el personal de salud a la CLME, se hace referencia a enseñar o indicar a la madre sobre la técnica de la LME. Como resultado, la “CLME” en estas instituciones de salud, se traduce en el desarrollo de actividades educativas, con énfasis en charlas magistrales, dirigidas a la madre o a grupos de madres y padres de familia y a la entrega de materiales educativos como folletos o plegables, que no le ayudaron a la madre, desde su individualidad y sus propias necesidades, a resolver una de las principales dudas que tenía, como la inseguridad hacia la producción de leche y a darle confianza para iniciar la lactancia y continuarla, de manera satisfactoria, hasta los 6 meses de forma exclusiva. Por lo que es posible afirmar que las madres no vivieron la experiencia de recibir CLME durante su proceso de lactancia.

Adicionalmente, se pudo establecer que la inexistente formación en CLME se evidenció en la falta de consenso en las acciones llevadas a cabo con las madres mediante indicaciones o explicaciones brindadas a las madres por parte del personal de salud, donde se dieron mensajes contradictorios, relacionados especialmente con el uso de la fórmula infantil como medida “transitoria” mientras le bajaba leche a la madre, la frecuencia de las tomas, es decir, si se debía ofrecer seno al bebé a libre demanda o cada 2-3 horas. También se observó ambigüedad entre lo indicado o explicado por el personal de salud y lo que finalmente terminó haciendo la madre. Igualmente, las indicaciones dadas a las madres, estuvieron acompañadas de una actitud directiva y negativa por parte del personal de salud mediante regaños y amenazas, de dejar hospitalizado al bebé si a la madre no le bajaba leche, cuando se presentaron dificultades para lactar. Lo que ratifica la inexistencia de un consenso de lo que significa la CLME, desde el conocimiento científico en lactancia, el desarrollo de las habilidades necesarias para realizar la consejería y el abordaje desde las necesidades e individualidad de cada madre.

La ausencia de CLME por parte del personal de salud, se vio reflejada en que la mayoría de las madres de esta investigación no recibió apoyo para planear el inicio de la lactancia

durante la gestación, tampoco recibió el apoyo, durante la estancia hospitalaria a sus necesidades, ni se le dio respuesta oportuna ante su inseguridad hacia la producción de leche. Al egreso hospitalario no tuvo seguimiento requerido para observar y apoyar la práctica de la lactancia, lo que llevó a que las madres vivieran una experiencia desagradable en el posparto inmediato y en el egreso hospitalario, estuviera marcada por los problemas que se presentaron como congestión en los senos y pezones irritados. Dificultades que fueron atendidas, especialmente en el egreso hospitalario, por la familia y red de apoyo cercana (amigas) mediante la ayuda, acompañamiento, atención y colaboración, a la madre y a su hijo.

Producto de la vivencia de las madres por la ausencia de CLME y de manera consistente con lo hallado en las dos etapas de la investigación, las madres de este estudio demandan del personal de salud, que sea “más persona que profesional”, que las escuchen, que las comprendan, que las ayuden, que no las confundan con mensajes contradictorios, que les den buen trato, que ellas mismas participen en la toma de decisiones para lactar, que les den indicaciones pero de manera práctica y no teórica porque no es lo mismo recibir indicaciones desde lo teórico que cuando ya tienen a sus bebés con ellas. Llamados que deben acogerse de manera prioritaria, para orientar totalmente el acompañamiento que debe darse a la madre, en esa experiencia única que es la LM.

Por lo anteriormente expuesto, la ausencia de CLME desde las IAMI, a las madres de esta investigación, no permitió que el personal de salud comprendiera las necesidades y expectativas de la mujer con la lactancia, impidiendo de esta manera el apoyo efectivo a la madre en periodo de lactancia, para el inicio y mantenimiento de la LME hasta los seis meses.

6.2 Recomendaciones

- ✓ Establecer un consenso y definir claramente con el personal de salud y con quien deba estar en contacto con la madre, lo que realmente es y debe ser la CLME y lo que las madres esperan de un consejero en LME, pues no se trata de contar con los conocimientos científicos en lactancia o tener contacto permanente con la madre para configurarse como un verdadero consejero en LME.
- ✓ Proponer la realización de la CLME a nivel nacional con carácter obligatorio, en todas las instituciones de salud públicas y privadas que tienen contacto con la madre, desde el control prenatal hasta el egreso hospitalario, utilizando para ello los lineamientos de política pública para la promoción, protección y apoyo a la LM y LME. De forma paralela, asignar recursos económicos y tiempo para la formación en CLME al personal de salud que labora en las instituciones de salud.
- ✓ La consejería implica apoyar a las madres desde sus necesidades e inquietudes, en la gestación, posparto y egreso hospitalario, por tanto, la información que vaya a darse a las madres debe ser una información para el momento en que ella se encuentra, en forma integral y continua, por lo que no tiene sentido abrumar a la madre con mucha información, que seguramente no le va a ser de utilidad. En este orden de ideas, se debe proponer y llevar a cabo una consejería en LM dirigida hacia la promoción de su exclusividad por un periodo de 6 meses y no hacia la promoción de la LM en general. De esta manera, sería posible encaminar los esfuerzos para que las madres, desde la gestación la planeen y se apoye a la madre sobre la importancia de la exclusividad para el bebé y en el mediano plazo se pueda extender su práctica hasta los dos años y más.
- ✓ Debido a que existe mayor contacto entre las enfermeras y auxiliares de enfermería con las madres, en las instituciones de salud, debe orientarse la formación en CLME a este personal de salud. Igualmente, la institución de salud debe contratar un CLM o más (según las necesidades del servicio) que se dedique exclusivamente a esta labor, de manera que pueda dedicar el tiempo necesario a las madres y realice el seguimiento respectivo.

- ✓ En la institución de salud, tener en cuenta previo a la contratación del consejero en LME, definir su perfil, pues no basta con tener los conocimientos científicos en LM, se requiere de ciertas actitudes personales de quien va a tener contacto directo con la madre, como: capacidad de escucha, empatía, respeto, paciencia, para que pueda desarrollar las habilidades necesarias para ser competente como consejero en LM.
- ✓ Para asegurar una CLME efectiva durante la gestación, es importante generar diversas estrategias, primero, para que se logre garantizar la captación de las gestantes (búsqueda de casos, vigilancia epidemiológica, comunicación), a fin de que acudan y asistan de manera permanente a los controles prenatales y segundo, replantear la estrategia de intervención con las madres de manera que en estos controles se privilegie una CLME individual, para que se pueda apoyar a las madres desde sus necesidades y se le prepare para el inicio de la lactancia.
- ✓ Debido a la participación activa que se observa por parte de la familia y amigas de la madre, especialmente en el egreso hospitalario, es preciso que se fortalezcan los grupos de apoyo y que se amplíe la cobertura de los mismos a nivel comunitario. Igualmente, es importante vincular a la familia, especialmente a la abuela, y red de apoyo cercana, a las visitas de seguimiento o actividades de seguimiento a la práctica de la LM y LME, que se realicen a las madres.
- ✓ La academia debe estar comprometida con la formación de recurso en CLME que contribuya en el desarrollo de las acciones de promoción de la LME y la LM total, en nuestro país. Mediante cada una de las funciones misiones de la Universidad, como son: la docencia, la investigación y la extensión, debe hacerse efectiva esta promoción. En especial, formar alianzas entre las instituciones de salud y la academia para formar consejeros en LME y a quienes van a tener contacto directo con la madre y en LM a futuros profesionales de diversas áreas que pueden apoyar la LME desde diversas áreas de su quehacer profesional. Debe igualmente, desarrollar investigación a fin de seguir profundizando en esta estrategia, para desarrollar la CLME de manera efectiva y generar impacto en el aumento de la prevalencia de la LME y total, con base en el respeto y la respuesta a las necesidades de la madre y el niño.

6.3 Perspectivas para la investigación

La culminación de esta investigación permite abrir nuevas posibilidades de investigación que permitan avanzar en el conocimiento sobre la práctica de la LM en el país. En concreto, sobre la CLME surgieron a medida que transcurría esta investigación, otros planteamientos de aspectos que se abordaron pero no se profundizaron por no ser el objetivo de la investigación, los cuales se mencionan a continuación:

Dada la mínima formación en CLME en los profesionales de salud, que tienen contacto con la madre y las dificultades que se presentan para que se haga efectiva esta formación, es importante *indagar estrategias para la formación en CLME* e igualmente para la formación en LM en aquellos profesionales que de manera directa o indirecta tengan contacto con la madre, para que la madre no reciba mensajes contradictorios.

Es necesario *indagar cuál es o debería ser el papel del profesional nutricionista dietista en la CLME, en qué momentos*, si en el control prenatal, posparto inmediato o egreso hospitalario puede ser más efectiva su participación y de qué manera.

Debido a que el objetivo de esta investigación fue comprender la experiencia de las madres en periodo de lactancia con la CLME, como estrategia de comunicación, es *necesario explorar qué pasa con el otro lado del modelo de comunicación: el personal de salud. Importante conocer cómo estos perciben su comunicación con las gestantes o madres en periodo de lactancia*. Esto complementaría el análisis realizado en esta investigación, relacionado con la vivencia de las madres con la consejería.

Como esta investigación se centró en el ámbito hospitalario en los tres momentos a través de las IAMI, sería fundamental seguir abordando el tema de la consejería en el control prenatal y en el egreso hospitalario. Es decir, quién tiene a su cargo en el ámbito nacional y local, la realización de la CLME en el control prenatal y en el egreso hospitalario, de qué manera se está llevando a cabo y cómo debería ser realizado. Igualmente es necesario *indagar estrategias para desarrollar la CLME en diferentes contextos, con diferentes participantes y su respectiva evaluación*.

Uno de los hallazgos novedosos de esta investigación, fue encontrar una mínima *participación del padre en el apoyo a la madre durante su proceso de lactancia*. Por lo que se sugiere profundizar más este aspecto, en especial para conocer de qué manera la madre recibe el apoyo de su compañero, sobre todo en la actualidad, que está teniendo un papel cada vez más activo en el ámbito académico, profesional y laboral.

Otro hallazgo es el *uso de las nuevas tecnologías de comunicación*, por parte de las madres para poder tener mayor conocimiento sobre la lactancia y para poder resolver las inquietudes y dificultades sobre la misma. El uso de las herramientas virtuales es cada vez más extendido y hace parte fundamental de la dinámica personal y familiar, por lo que su uso no ha sido ajeno para ayudar a atender a la madre cuando se le presentaron dudas con la lactancia. Es importante *hacer estudios sobre este tema en nuestro medio, para conocer su efectividad y la manera de ser usado para complementar las acciones de promoción de la LME*.

7. Anexos

A. Anexo: Aspectos que favorecen o limitan la práctica de la LM en los tres momentos críticos

A1. Aspectos que favorecen la LM o son factores de riesgo para el inicio en la Gestación

Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, D.C Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública	
Aspectos que favorecen	Aspectos que limitan o son factores de riesgo para el inicio
1. Educación ofrecida en los programas de salud lo que motiva a las madres hacia la lactancia (Gamboa, 2008, Díaz, 2011, Mitra 2004)	1. Ser madre fumadora y no abandonar este hábito durante la gestación (Osorio 2012, Rius 2011)
2. Menor número de hijos (Mitra 2004)	2. Opinión no favorable hacia la LM por parte de la abuela o el padre (Rius 2011 Kohlhuber, 2008, Aubel, 2011, USAID, 2001)
3. Apoyo social percibido (Gamboa, 2008, Mitra 2004 Guttman, 2000, Khoury, 2005, Díaz 2010, Ingram, 2002)	3. Opinión no favorable hacia la LM por parte de la madre (Díaz, 2011, Carvajal, 2003)
4. Experiencia previa exitosa (Rius-Peris, 2011, Niño, 2012, Baptista, 2009, Barbosa, 2009, Cabezuelo, 2006)	4. Baja participación de los profesionales de la salud (Carvajal, 2003, Cabrera, 2001)
	5. Presencia de abortos (Rius, 2011)
	6. Gestación concebida por métodos de reproducción asistida (Rius, 2011)

	7. Haber dado leche artificial desde el inicio al hijo previo (Rius, 2011)
--	--

A2. Factores que favorecen o limitan el inicio de la LM en el posparto inmediato o estancia hospitalaria

Aspectos que favorecen	Aspectos que son factores de riesgo para el inicio
1. Conocimiento de los beneficios de la LM por parte de la madre (Gamboa, 2008, Díaz, 2011, Rius, 2011, Camargo, 2011, Carvajal, 2033)	1. Por parte de los profesionales de la salud (Carvajal, 2003): <ul style="list-style-type: none"> _ Muy baja participación en ambos momentos prenatal y perinatal en el conocimiento y la actitud de las gestantes y puérperas. _ Desconocimiento de las normas existentes para promover la lactancia materna dentro de la institución de salud. _ Falta de capacitación.
2. Apoyo recibido (Gamboa, 2008, Díaz, 2011)	2. Falta de conocimiento y de técnica de la madre para la lactancia (Camargo, 2011, López, 2013, Carvajal, 2003) Poca producción de leche (Londoño, 2010, Díaz, 2011, Rius, 2011, López, 2013, ENSIN 2005, Thuiler, 2009, Ruowei, 2008, Avalos , 2011, Salazar, 2008)
3. Practicas hospitalarias (Gamboa, 2008 Estévez, 2002, Hedberg-Inga, 2013, Moreno, 1997, Almirón, 1996, Kuan, 1999)	3. Situación socioeconómica de la madre (Camargo, 2011, Mascarenhas, 2006, Senarath, 2007, Lakati, 2002)

A3. Aspectos que favorecen la LM o son factor de riesgo para el abandono precoz en el egreso hospitalario

Aspectos que favorecen	Aspectos que limitan o son factores de riesgo para el abandono precoz
1. Menor nivel de estudios maternos (López, 2013, Senarath, 2007, Pérez, 2001, Niño, 2012, Kumar, 1989, El-Gilany, 2003)	1. Opinión no favorable hacia la LM por parte de la abuela o el padre (Kohlhuber, 2008, Rius, 2011)
2. Extracción de la leche (Gamboa, 2008)	2. Ocupación de la madre: estudio o trabajo (Londoño, 2010, Osorio, 2012, López, 2013, Senarath, 2007, Niño, 2012, Salazar, 2008, Hedberg, 2013, Roe, 1999, Navarro, 2003, Johnston, 2007, Rius-Peris, 2011, Espinoza, 2011)
3. No uso del biberón (Gamboa, 2008, Díaz, 2011, Rodríguez, 2008, De Barros, 2007, Osorio, 2012, Rius, 2011, Camargo, 2011)	3. Poca producción de leche (Londoño, 2010, Díaz, 2011, López, 2013, ENSIN, 2005, Thuiler, 2009, Ruowei, 2008, Avalos, 2011, Salazar, 2008)
4. No ser jefe de hogar (Díaz, 2011, Espinoza, 2002)	4. Inicio temprano de la alimentación complementaria (Londoño, 2010)
5. Familia nuclear (Díaz, 2011, Chudasama, 2009, Garfias, 2007)	5. Menor nivel de estudios maternos (Londoño, 2010, Osorio, 2012, García, 2010, Rius, 2011, Barría, 2008, Avalos, 2011, Dubois, 2003, Li R, 2005)
6. Compartir la experiencia con otras mujeres y apoyo de su compañero, un familiar o profesional de la salud (Gamboa, 2008, Londoño, 2010, Díaz, 2011, Ingram, 2002)	6. Uso del chupete por parte del lactante de forma regular durante el primer mes de vida (Osorio, 2012, Rius, 2011, Camargo, 2011, ENSIN 2005)
7. Multiparidad (Osorio, 2012)	7. Menor edad de la madre (García, 2010, López, 2013, Chávez, 2002)
8. Consejería en lactancia materna (Díaz, 2011, Rodríguez, 2008, Osorio, 2012, Rius, 2011)	8. Falta de conocimiento de la madre sobre la lactancia (Camargo, 2011, Salazar, 2008)
9. Ingresos familiares bajos (Osorio, 2012)	9. Uso de pezoneras desde los primeros días (Rius, 2011)

10. Adecuada formación de los profesionales de la salud (García, 2010)	10. Planear la lactancia por un tiempo menor a 6 meses (Rius, 2011, Londoño, 2010)
11. Experiencia previa exitosa (Niño 2012)	11. Falta de apoyo dentro y fuera del hospital (Hedberg, 2013)
12. Tener sensación de suficiente leche cuando la madre va a ser dada de alta (Rius, 2011)	12. Estado de salud de la madre y el niño (Gamboa, 2008, Díaz, 2011, López, 2013, ENSIN, 2005, Niño, 2012)
13. Madres con pareja estable (Avalos 2011, Arce, 2005, Flores-Díaz, 2006, Santana, 2006, Veliz, 2007)	13. Sobre la consejería dada por los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, parteras) (Laanterä, 2011): _ Falta de conocimientos.
14. Aspectos facilitadores cuando la madre trabaja (Johnston, 2007): _ Ciertas características personales como: forma de ser, tener determinación, compromiso, asertividad, dedicación, sentimientos positivos acerca de la lactancia materna y creer en sus beneficios. _ Desarrollar un plan estratégico. _ Tener apoyo social. _ Tener un trabajo de medio tiempo. _ Separaciones cortas madre-hijo. _ Apoyo en los entornos de trabajo (instalaciones). _ Opciones para el cuidado de los niños (ubicación cercana de los niños al trabajo de las madres)	_ Dar mensajes contradictorios. _ Falta de recursos humanos, gran volumen de trabajo y falta de tiempo para la orientación y seguimiento. _ Debilidad en las habilidades de la consejería. _ Actitud negativa del consejero. _ Falta de interés (Londoño, 2010, García, 2010)

B. Anexo: Cuestionario personal de salud



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

EXPERIENCIA DE LA CONSEJERIA EN EL APOYO PARA EL INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS SEIS MESES DE EDAD

El presente cuestionario tiene por objetivo identificar la situación actual de la consejería en lactancia materna en el apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, en instituciones públicas y privadas de la ciudad de Bogotá, certificadas como IAMI -Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia-. Esta información es un insumo para dar respuesta a la investigación titulada "Experiencia de la consejería en el apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad", para optar al título de doctora en salud pública de la Universidad Nacional de Colombia.

La información suministrada por usted es de carácter confidencial. Al finalizar el diligenciamiento, verifique que haya respondido todas las preguntas.

Fecha: _____

Cuestionario No. _____

1. INFORMACION GENERAL

Marque con una X la opción según corresponda y complete la información según se requiera en los espacios asignados.

1.1 Institución: Pública Privada

1.2 Profesión u oficio:

Médica (o) Nutricionista Dietista Enfermera (o) Auxiliar de enfermería Trabajador (a) social
Otro Cual _____

1.3 Cargo _____

1.4 Estudios de posgrado finalizados: No Si si es afirmativo, cual:

Diplomado Especialización Maestría Doctorado

1.5 Sexo: Hombre Mujer

1.6 Tipo de vinculación laboral: Con contrato indefinido Con contrato definido Temporal

Por prestación de servicios Otro Cual _____

1.7 Jornada laboral: Tiempo parcial Medio tiempo Tiempo completo Otro Cual _____

1.8 Tiempo de experiencia en brindar apoyo a las madres en lactancia materna:

3 m 6m 1 año 1 a 5 años 6 a 10 años Más de 10 años

1.9 Número de profesionales que trabajan en su institución que brindan apoyo a las madres en lactancia materna

1.10 La institución cuenta con comité de lactancia materna: Si No

1.11 La institución cuenta con grupo de apoyo a la lactancia materna: Si No

2. FORMACION RECIBIDA EN CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA

2.1 ¿Ha recibido formación en consejería en lactancia materna?

No

Si es negativo, pase a la pregunta 3.1 del ítem 3. Realización de la consejería en lactancia materna en su institución.

Si

2.2 ¿Cuánto tiempo hace que recibió la formación?

Menos de 5 meses 6 a 11 meses 1 a 5 años 6 a 10 años

2.3. ¿Qué institución u organización lo formó en consejería en lactancia materna?

Ministerio de salud y Protección Social Universidad OMS ONG IPS donde labora Otra

Cual _____

2.4 ¿Cuánto tiempo contempló la formación en consejería en lactancia materna? Horas

2.5 De esas horas, cuantas fueron teóricas cuantas prácticas

2.6 ¿Qué aspectos contempló el curso de consejería en lactancia materna?:

Teoría (liste los temas):

Práctica:

2.7 ¿Usted recibió seguimiento luego de la formación en consejería en lactancia materna? No Si
si es si, describa brevemente cómo fue y la frecuencia

3. REALIZACION DE LA CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EN SU INSTITUCION

SOBRE LA CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

3.1 ¿Usted brinda consejería en lactancia materna exclusiva?

No Si es negativo, pase a la pregunta 3.11 del mismo ítem. Si

3.2 ¿En qué momentos y donde brinda consejería en lactancia materna exclusiva? (*puede señalar más de una opción*)

Control prenatal Lugar _____

Parto inmediato Lugar _____

Control posparto Lugar _____

Egreso hospitalario Lugar _____

Control del recién nacido¹⁴ Lugar _____

Seguimiento¹⁵ Lugar _____

3.3 ¿Usted brinda consejería en lactancia materna exclusiva a la misma mujer en cualquier de los anteriores momentos? No Si si es afirmativo,

3.4 ¿Con qué frecuencia (en número) brinda consejería en lactancia materna exclusiva a la misma mujer en los siguientes momentos?

Momentos	Horas	Días	Semanas	Meses
Control prenatal				
Parto inmediato				
Control posparto				
Egreso hospitalario				
Control del recién nacido				
Seguimiento				

3.5 ¿De qué manera brinda consejería en lactancia materna exclusiva, en cualquiera de los siguientes momentos: (*puede señalar más de una opción marcando con una X*)

Momentos	Individual	en pareja	grupal
Control prenatal			
Parto inmediato			

¹⁴ Control del recién nacido hace referencia al seguimiento del recién nacido desde el egreso hospitalario hasta los 28 días.

¹⁵ Seguimiento hace referencia al control del niño desde el primer mes de vida hasta los seis meses de edad.

Control posparto			
Egreso hospitalario			
Control del recién nacido			
Seguimiento			

3.6 ¿A quién (es) realiza la consejería en lactancia materna exclusiva? *(puede señalar más de una opción)*

Madre Madre y padre Abuela Otro Quien

3.7 ¿En qué casos usted realiza la consejería en lactancia materna exclusiva? *(puede señalar más de una opción)*

A mujeres gestantes en riesgo A mujeres con recién nacidos en riesgo A mujeres primigestantes

A mujeres multíparas A todas las mujeres Otro Cual

3.8 ¿Qué aspectos (teóricos y/o prácticos) contempla en la consejería en lactancia materna exclusiva?

3.9 ¿Cuáles son las dudas o inquietudes que más consultan las mujeres durante la consejería en lactancia materna exclusiva, en cada uno de los momentos?

Control prenatal

Parto inmediato

Control posparto

Egreso hospitalario

Control del recién nacido

Seguimiento

3.10 ¿Cuáles son los problemas más frecuentes por los que consultan las mujeres durante la consejería en lactancia materna exclusiva, en cada uno de los momentos?

Control prenatal

Parto inmediato

Control posparto

Egreso hospitalario

Control del recién nacido

Seguimiento

3.11 ¿Qué estrategias usa para promover la lactancia materna exclusiva?

SOBRE LA CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA

3.12 ¿Usted brinda consejería en lactancia materna?

No Sí

3.13 ¿En qué momentos y donde da consejería en lactancia materna? *(puede señalar más de una opción)*

Control prenatal Lugar _____

Parto inmediato Lugar _____

Control posparto Lugar _____

Egreso hospitalario Lugar _____

Control del recién nacido Lugar _____

Seguimiento Lugar _____

3.14 ¿Usted brinda consejería en lactancia materna a la misma mujer en cualquier de los anteriores momentos?

No Sí si es afirmativo,

3.15 ¿Con qué frecuencia (en número) brinda consejería en lactancia materna a la misma mujer en los siguientes momentos?

Momentos	Horas	Días	Semanas	Meses
Control prenatal				
Parto inmediato				
Control posparto				
Egreso hospitalario				
Control del recién nacido				
Seguimiento				

3.16 ¿De qué manera brinda consejería en lactancia materna, en cualquiera de los siguientes momentos: *(puede señalar más de una opción marcando con una X)*

Momentos	Individual	en pareja	grupala
Control prenatal			
Parto inmediato			
Control posparto			
Egreso hospitalario			
Control del recién nacido			
Seguimiento			

3.17 A quien (es) realiza la consejería en lactancia materna? *(puede señalar más de una opción)*

Madre Madre y padre Abuela Otro Quien

3.18 En qué casos usted realiza la consejería en lactancia materna: *(puede señalar más de una opción)*

A mujeres gestantes en riesgo A mujeres con recién nacidos en riesgo A mujeres primigestantes
 A mujeres multíparas A todas las mujeres Otro Cual

3.19 Qué aspectos contempla en la consejería en lactancia materna en los momentos en que los realiza?

Control prenatal

Parto inmediato

Control posparto

Egreso hospitalario

Control del recién nacido

Seguimiento

3.20 ¿Entrega material de apoyo a la consejería en lactancia materna a las madres?

No Sí si es afirmativo,

3.21 ¿Qué material de apoyo entrega a la madre?

3.22 ¿Quién elaboró el material de apoyo?

3.23 ¿Cuáles son las dudas o inquietudes que más consultan las mujeres durante la consejería en lactancia materna, en cada uno de los momentos?

Control prenatal

Parto inmediato

Control posparto

Egreso hospitalario

Control del recién nacido

Seguimiento

3.24 ¿Cuáles son los problemas más frecuentes por los que consultan las mujeres durante la consejería en lactancia materna, en cada uno de los momentos?

Control prenatal

Parto inmediato

Control posparto

Egreso hospitalario

Control del recién nacido

Seguimiento

3.25 Si identifica algún problema de salud durante la consejería, usted refiere a la mujer a:

3.26 Si identifica algún problema de emocional durante la consejería, usted refiere a la mujer a:

3.27 ¿Qué barrera (s) ha identificado usted para que la madre no amamante de manera exclusiva a su bebé?

3.28 ¿Usted ha identificado barreras para hacer la consejería en lactancia materna?

No Si Cuales (*tenga en cuenta las siguientes opciones*)

Institucionales (recursos, tiempo, capacitación, reconocimiento, etc).

Talento humano.

Usuarías.

Otras

4. CONOCIMIENTOS SOBRE CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA

4.1 Para usted, ¿qué es la consejería en lactancia materna?

4.2 Para usted, ¿qué es la consejería en lactancia materna exclusiva?

4.3 ¿Qué competencias (s) considera debe tener un (a) consejero (a) en lactancia materna?

4.4 ¿Qué temas incluiría usted en un curso de formación en consejería en lactancia materna?

4.5 ¿Qué aspectos prácticos incluiría en un curso de formación en consejería en lactancia materna?

4.6 ¿Qué sugerencias tiene usted para que la consejería en la lactancia materna exclusiva sea más exitosa en su institución?

Agradezco su valiosa participación.

C. Anexo: Consentimiento informado para el personal de salud consejero en LME

Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, D.C
Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública

Documento de consentimiento informado para el personal de salud consejero en lactancia materna exclusiva a quienes se les ha invitado a participar en la investigación “Experiencia de la consejería en el apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad”

He sido invitado (a) a participar en la investigación sobre la experiencia de la consejería en apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad. Entiendo que me harán algunas preguntas de un cuestionario y que la información que suministre se mantendrá confidencial. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora que puede ser fácilmente contactada: Gloria Yaneth Pinzón Villate y los datos de contacto: cel. 3112362029, correo electrónico: gypinzonv@unal.edu.co, que se me han dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Se me ha informado que esta investigación no constituye ningún riesgo para mi persona ni para la institución.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme durante el proceso de respuestas al cuestionario en cualquier momento. Igualmente, por participar en este estudio, no recibiré retribución alguna y conoceré los resultados del estudio una vez concluya, y de los cuales se beneficiarán las instituciones donde se lleva a cabo la consejería en LM, las mujeres gestantes, las mujeres que lactan a sus hijos y los niños menores de seis meses.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____ Fecha _____ Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el (la) potencial participante y el (ella) ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el (la) profesional ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____ Día/mes/año

Ha sido proporcionada al (la) participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____

D. Anexo: Consentimiento informado para las madres en periodo de lactancia

Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, D.C
Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública

Documento de consentimiento informado para las madres en periodo de lactancia con hijos de 4 y 6 meses de edad a quienes se les ha invitado a participar en la investigación “Experiencia de la consejería en el apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad”

He sido invitada a participar en la investigación sobre la experiencia de la consejería en el apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad. Entiendo que me harán una o varias entrevistas que serán gravadas en medio digital y que la información que suministre se mantendrá confidencial. Se me ha proporcionado el nombre de la investigadora que puede ser fácilmente contactada: Gloria Yaneth Pinzón Villate y los datos de contacto: cel. 3112362029 que se me han dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Se me ha informado que esta investigación no constituye ningún riesgo para mi persona, para mi hijo y familia.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento. Igualmente por participar en este estudio, no recibiré retribución alguna y conoceré los resultados del estudio una vez concluya, de los cuales se beneficiaran las instituciones donde se lleva a cabo la consejería en LM, las mujeres gestantes, las mujeres que lactan a sus hijos y los niños menores de seis meses.

Nombre del Participante _____ Firma del Participante _____
Fecha _____ Día/mes/año _____

Si es analfabeta

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para la potencial participante y ella ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la madre ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Y Huella dactilar del participante _____
Firma del testigo _____ Fecha _____ Día/mes/año _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para la potencial participante y ella ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la madre ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____
Firma del Investigador _____ Fecha _____ Día/mes/año _____
Ha sido proporcionada a la participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____

E. Anexo: Actas de aprobación del proyecto de tesis del Comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y de la Facultad de Ciencias de la Pontificia Universidad Javeriana



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE MEDICINA

COMITÉ DE ÉTICA

ACTA DE EVALUACIÓN

CE - 016

ACTA DE EVALUACIÓN: N°. 152-15

Fecha: 23 de septiembre de 2015

Nombre completo del proyecto "EXPERIENCIA DE LA CONSEJERÍA EN LACTANCIA COMO APOYO PARA EL INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS SEIS MESES".

Versión número: 02

Sometido por: la estudiante Gloria Yaneth Pinzón Villate

Presentado por: la estudiante Gloria Yaneth Pinzón Villate

Departamento o Sección: Doctorado en Salud Pública de la Facultad de Medicina

Fecha en que fue sometido a consideración del Comité: 23 de septiembre de 2015

El COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE MEDICINA. Se constituyó mediante la Resolución 152, (Acta No. 43 del 5 de diciembre de 1996 actualizado mediante resolución 008 (acta 03 de enero de 2011), de Consejo de Facultad el Comité de Ética de investigación, el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia que estableció las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión del año 2000; y el código de regulaciones federales, título 45, parte 46, para la protección de los sujetos humanos, del departamento de salud y servicios humanos de los institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (Junio 18 de 1991).

El Comité de Ética de la Facultad de Medicina certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- ✓ Carta de presentación del proyecto generada por la unidad básica o el departamento.
- ✓ Copia de la evaluación de los jurados o pares académicos que evaluaron y aprobaron el trabajo)
- ✓ Copia del proyecto completo de investigación,
- ✓ Dos resúmenes ejecutivos
- ✓ Dos copias del consentimiento informado (en español y cuando la investigación lo amerite).
- ✓ Hojas de vida resumidas de los investigadores y coinvestigadores del proyecto
- ✓ Consideraciones éticas según resolución 8430 Ministerio de Salud.
- ✓ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por los siguientes miembros del Comité:

- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| 1 | Amador Luis Roberto | Departamento de Patología |
| 3 | Arteaga Díaz Clara Eugenia | Departamento de Obstetricia y Ginecología |
| 4 | Figueroa Vargas Shirley | Asesora Jurídica Facultad de Medicina |
| 6 | Guerrero Fonseca Carlos Arturo | Presidente Comité de Ética |
| 7 | Parra Pineda Mario Orlando | Departamento de Obstetricia y Ginecología |

Elb./ Jeannette P. Al.-

Carrera 30 No. 45-03, FACULTAD DE MEDICINA, Edificio 471 Piso 4º, Oficina 401
Teléfono: (57-1) 316 5251 Comutador: (57-1) 316 5000 Ext. 15167 - 15008

Correo electrónico: eticasalud_fmbog@unal.edu.co
Bogotá, Colombia, Sur América



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE MEDICINA

COMITÉ DE ÉTICA

ACTA DE EVALUACIÓN

3. El Comité consideró que el presente estudio:

a. Es válido desde el punto de vista ético. La investigación involucra un riesgo igual al promedio para los sujetos que participan en ella. La investigación se ajusta a los estándares de la buena práctica clínica.

b. El Comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas

4. El Comité informará inmediatamente a las directivas institucionales:

a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.

b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

5. El Comité informará inmediatamente a las directivas, toda información que reciba acerca de:

a. Lesiones o daños a sujetos humanos con motivo de su participación en la investigación. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.

b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité

6. Cuando el proyecto sea aprobado, será por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de aprobación.

7. El Investigador principal deberá:

a. Informar de cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA) excepto cuando sean necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación.

b. Avisar de cualquier situación imprevista que se considere implica algún signo de riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.

c. Informar de cualquier evento adverso serio de algún paciente, comunicando la situación al secretario y al presidente del Comité de Ética), de acuerdo con la normatividad que el INVIMA a generado a este respecto.

d. Poner en conocimiento del comité toda información nueva importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo/beneficio de los sujetos participantes.

e. Comunicar cualquier decisión tomada por otros comités con respecto a la investigación que se lleva a cabo.

f. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.

g. Presentar a este comité un informe cuando haya transcurrido un año, contado a partir de la aprobación del proyecto. Los proyectos con duración mayor a un año, serán reevaluados a partir del informe de avance integrado.

h. Todos los proyectos deben entregar al finalizar un informe final de cierre del estudio, este cierre puede ser el informe final en formato completo o en formato de resumen de cierre de estudio, firmado por el investigador responsable del estudio.

8. Observaciones:

El comité considera que el proyecto de investigación no presenta dilemas éticos por lo tanto emite **Concepto Aprobatorio**.

Nombre: CARLOS ARTURO GUERRERO FONSECA

Título: PhD Doctorado en Bioquímica, MD en Farmacología y MSc. en Genética Humana

Cargo: Presidente Comité de Ética

Elb/, Jeannette P. Al.-



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

15 de Diciembre de 2015

FM-CIE-8732-15

Doctora
GLORIA PINZÓN
Investigadora Principal
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá

Ref. 2015/218 "Experiencia de la consejería en el apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad".

Apreciada doctora Pinzón.

Por medio de la presente le comunico que en la sesión ordinaria del 26/11/2015 N° de Acta (20/2015), el Comité de Investigaciones y Ética revisó la información y aprobó por consenso el proyecto de la referencia presentado por usted, pero Solicita a los investigadores:

- Ajustar el título del proyecto de tal manera que guarde coherencia con los objetivos del proyecto, no es claro si la evaluación se realiza al equipo de consejería y en las madres.
- Realizar una reunión con la Directora Adjunta de la Oficina de Investigaciones HUSI, doctora Margarita Manrique (correo electrónico mmanrique@husi.org.co) para definir el proceso de contacto con el(los) servicio(s) HUSI que participarán en la ejecución del proyecto y otras necesidades de apoyo desde la institución.

Solicito mencionar el número de identificación anotado en la referencia, para la correspondencia futura sobre esta investigación.

Durante la reunión correspondiente a esta comunicación se encontraron presentes 08 de los 13 miembros del comité.

IVÁN SOLARTE RODRÍGUEZ.
Médico, Especialista en Medicina Interna y Neumología. Vocal

CARLOS GÓMEZ RESTREPO.
Médico, Especialista en Psiquiatría, Magister en Epidemiología Clínica. Vocal

ÁNGEL ALBERTO GARCÍA PEÑA.
Médico, Especialista en Medicina Interna y Cardiología, Magister en Epidemiología Clínica (C) Vocal

CLAUDIA ARIZA OLARTE.
Enfermera, Especialista en Cardiología, Doctorado en Enfermería

FERNANDO SUAREZ.
Médico, Especialista en Geriátrica Clínica, Magister en Epidemiología Clínica. Vocal.



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

FM-CIE-8732-15

JUAN GUILLERMO CATAÑO CATAÑO.
Médico. Especialista en Urología. Vocal

DIANA LUCÍA MATA LLANA ESLAVA,
Patóloga. Voces

ÁLVARO DÁVILA LADRÓN DE GUEVARA.
Economista. Representante de la Comunidad. Voces

"La aprobación de este proyecto por parte del CIEI no implica que la Pontificia Universidad Javeriana o el Hospital Universitario San Ignacio estén en la obligación de financiar los rubros descritos en el presupuesto"

Atentamente,

JUAN GUILLERMO CATAÑO CATAÑO.
Presidente (E) Comité de Investigaciones y Ética

Correo: Archivos Comité de Investigaciones y Ética
Inglés I.

F. Anexo: Significado de CLM para el consejero

Significado	No. de consejeros
Enseñarle o darle información o explicarle a la madre sobre la lactancia. “Es darle asesoría a la mamá”, “Es darle una charla a las mamás”. Implica tener los conocimientos y la práctica para educar y resolver inquietudes. “Enseñarle a la madre como poder alimentar a sus hijos, todos los beneficios que tiene la lactancia, enseñarles las posiciones correctas, técnicas de masajes”	33
Ayuda y apoyo que se presta a las gestantes o madres en lactancia. Incluye el apoyo con conocimientos y con calidad humana “colocándonos en el lugar de la madre”, “Acompañamiento a la madre para resolver sus dudas y entre las dos superarlas”.	18
Brindar educación y apoyo a la madre sobre la lactancia: Es la estrategia o manera de capacitar, enseñar, y apoyar a la madre lactante para asegurar que el recién nacido sea alimentado exclusivamente con seno (leche materna) hasta los seis primeros meses”. “Es el mecanismo por medio del cual se aclaran dudas, se brinda apoyo y se enriquece de conocimiento técnico y recomendaciones acerca de una buena lactancia materna”.	9
Forma de promover y proteger la alimentación saludable a los bebés. “Parte importante que deberían hacer los profesionales para promover la lactancia materna”, “Formas de promover, proteger, la forma saludable de alimentación de todos nuestros recién nacidos, es decir de la lactancia materna y por ende de brindar una población más saludable a nuestro país”.	4
Brindar educación a la madre y familia sobre LM: “Todos los elementos que uno puede proporcionar a las madres y a la familia acerca de lactancia materna”, “Orientar a la madre y padre hacia una lactancia exitosa abordando los temas que pueden llevar a un abandono de la misma”, “Es la asesoría teórica y práctica que se brinda a la madre para la lactancia que puede incluir a esposo y familiares”.	3
Tener conocimientos (el consejero) sobre LM en lo teórico y práctico: “Saber sobre lactancia materna en parte teórica y práctica”, “Persona apta con capacidad para educar y aclarar inquietudes de lactancia materna”, “Conocer las ventajas de la LM, conocer la fisiología para la producción de leche, las técnicas, contraindicaciones, los problemas más frecuentes y como resolverlos, conocer las dudas y saber actuar, conocer el código de sucedáneos de la LM, conocer las fórmulas industrializadas, conocer sobre el niño sano y prematuro y conocer la fortificación de la LM”.	3
Acompañamiento a la madre y familias en las técnicas de la lactancia. “Es acompañar a las mujeres y familias en las técnicas y maneras para lograr una alimentación adecuada de hijos/hijas”, “Es escuchar, asesorar, apoyar a las madres y sus familias en temas de lactancia materna”, “Acompañamiento, asesoramiento y aprendizaje mutuo que se hace a la madre y su familia. Seguimiento y evaluación para que se mantenga la lactancia”.	3
Apoyo que se brinda a la madre y familia en LM: “El apoyo que se les brinda a las madres, padres, usuarios en todo lo concerniente a lactancia materna”, “Realizar el acompañamiento a la madre y al padre si está presente. En realizar una adecuada lactancia materna”.	2

Importancia de la leche materna: “La importancia que tiene la leche materna en los primeros 6 meses de vida del bebé”.	1
---	---

F1. Anexo: Significado de CLME para el consejero

Significado	No. de consejeros
Orientar, capacitar, informar o recomendar a la madre sobre la lactancia materna exclusiva: “Orientar a la madre para que lacte a sus bebés durante los primeros 6 meses de vida únicamente con leche materna”, “Que durante 6 meses lactancia exclusiva sin ninguna otra alimentación ya después de 6 meses alimentación complementaria hasta los 2 años o más”. “Que el mejor alimento leche materna exclusiva”, “Darle todas las herramientas a la madre para que ejerza solo lactancia materna. Ej. Hasta los 6 meses. “Decirle de los beneficios de la lactancia materna”.	36
Explicar, decir, orientar, informar a la madre sobre la lactancia materna: “Apoyar la lactancia diciéndole a las madres que no deben dar otro alimento más que la leche materna”, “Es la manera fácil de explicar a las mamás todo acerca de la lactancia materna”, “Brindar todos los recursos, información y estímulo para que la mamá solo dé de comer a su bebé sano”, “Momento y espacio que permite brindar información y educar a los pacientes sobre los beneficios, ventajas e impacto en la salud y el bienestar del bebé. Permiten aclarar dudas”.	20
Forma de promover y proteger la LM: “Apoyar la lactancia para el bien de los niños y niñas la cual evita enfermedades con el tiempo”, “Es proteger, promover lactar única y exclusiva mínimo hasta los 6 meses y de forma completa hasta los 2 años y más”, “Política de salud tan efectiva como la vacunación de bajo costo y alto impacto en salud”.	5
Brindar educación y apoyo a la madre sobre la lactancia materna exclusiva: “Es la estrategia o manera de capacitar, enseñar, y apoyar a la madre lactante para asegurar que el recién nacido sea alimentado exclusivamente con seno (leche materna) hasta los seis primeros meses”, “Brindar apoyo durante la lactancia materna postura, agarre, buena empatía entre bebé y la madre y poder brindar la educación sobre la lactancia para que sea exclusiva y por más de 6 meses”.	3
Ayuda que se presta a las gestantes o madres en lactancia: “Incluye que se pueda indagar el proceso con la mamá, qué dificultad tiene, qué está haciendo mal para poderla ayudar. El objetivo es que la mamá pueda lactar”, “Es ayudar a las pacientes para que no tengan problemas con la LM y puedan brindarle al bebé alimento materno para que crezca sano, fuerte y con un vínculo entre madre - bebé inigualable”.	2
Ayuda que se presta a las gestantes o madres en lactancia materna exclusiva: “Apoyar a las madres para que tengan una lactancia materna efectiva y preferiblemente exclusiva”, “Ayudar a las madres que tengan leche materna exclusiva hasta los 6 meses y complementada con alimentos hasta los 2 años”.	2
Brindar educación y apoyo a la madre sobre LM: “Es saber mucho de lactancia para informar y ayudar a nuestras madres”, “Acompañamiento,	2

asesoramiento y aprendizaje mutuo que se hace a la madre y su familia. Seguimiento y evaluación para que se mantenga la lactancia".	
Tener conocimientos (el consejero) sobre LM en lo teórico y práctico: "Conocer las ventajas de la LM, conocer la fisiología para la producción de leche, las técnicas, contraindicaciones, los problemas más frecuentes y como resolverlos, conocer las dudas y saber actuar, conocer el código de sucedáneos de la LM, conocer las fórmulas industrializadas, conocer sobre el niño sano y prematuro y conocer la fortificación de la LM".	1
Razón para no aconsejar en lactancia materna exclusiva: "La lactancia materna exclusiva no la promueven tanto: si produce mucha leche sí. Si no produce tanto no hace tanto énfasis, si no produce hay que complementar los primeros días".	1
Cuando la madre tiene buena cantidad de leche.	1
El no uso de sucedáneos durante el proceso de crecimiento.	1
Crear un vínculo afectivo entre la mamá y el bebé.	1

G. Anexo: Dudas frecuentes reportadas por las madres durante la Consejería en Lactancia Materna Exclusiva

Momento de la consejería	Dudas frecuentes reportadas por las madres	Frecuencia
Control prenatal	Inseguridad hacia la producción de la leche: "Es normal que me salga leche?", "Es normal que me salga liquido de los senos?" "Si no me sale leche en el embarazo no voy a dar buena cantidad de leche", "Será que produzco suficiente leche?"	5
	Preparación y cuidado de los pezones: "Debo preparar mis pezones?", "El marido le puede chupar los pezones?", "Cómo hacer para sacar el pezón?"	4
	Desconocimiento sobre la técnica de lactancia: "Cómo le debo coger para ponerlo al seno?"	3
Parto Inmediato	Inseguridad hacia la producción de leche: "No me sale leche", "Tengo que ponerle biberón", "Tienen creencias: es más importante dar tetero para ellas", "Será que si está saliendo?", "Será suficiente?", "Cómo sé que mi bebé está comiendo lo que necesita?", "Tuve un hijo y casi no pude lactarlo", "No hay suficiente leche porque los senos no están llenos".	14
	Desconocimiento sobre la técnica de lactancia: ¿Cómo es la posición adecuada?, "Tiempo de succión", "El niño quiere comer a toda hora", "Cómo despertar el bebé?", "El niño se queda dormido y no agarra", "Cómo sacar el pezón?"	8
	Presencia de dolor: "Es que me duele mucho", "Las madres se estresan cuando tienen problemas con los pezones".	3
	Pezones invertidos o planos: "No tengo pezón"	2
	Desconocimiento sobre la lactancia: "Hasta que edad es necesaria la lactancia materna", "Cada cuanto se amamanta el bebé?"	2
	<p>Sensación de baja producción de leche: "No me sale leche", "Mi bebé queda con hambre", "Si mi bebé queda bien alimentado, cómo sé?". "Que no les sale leche y quieren darle formula inmediatamente al bebé", "No me sale, "Si queda lleno con esa agua?", "Remedios o estrategias para el aumento de la producción de leche materna?",</p> <p>Cuando las madres expresan que no baja suficiente leche, según los consejeros, estas refieren una serie de mitos y creencias para lograr aumentar su producción, algunos ejemplos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) "Piensan que el agua de panela con leche les aumenta la producción de leche". 2) "El tamaño del seno, si son pequeños no les sale leche". 3) "Preguntan si se le puede dar leche de otra mamá" 	33

Control posparto	Desconocimiento sobre la técnica de la lactancia: "Como coger el seno?" "Me da miedo coger al bebé", "El bebé no me recibe el seno", "Me duelen los senos", "Tengo muy duros los senos", "Se puede dar de comer acostado?", "Quieren controlar todo: tiempo, horario".	13
	Desconocimiento sobre la lactancia: "¿Mi niño puede tener cólicos aún alimentado con leche materna?", "Algunas mamás preguntan que si están lactando esto previene el embarazo", "Que consecuencias genera que el bebé no coma bien?", "Tienen la idea de los 20 minutos en cada seno cuando debe ser a libre demanda", "La mejor alimentación es la de tarro?"	10
	Métodos de conservación de la leche materna: "Si la leche se puede congelar y por cuanto tiempo", "Cómo calentarla?", "La duración de la leche refrigerada, congelada y al ambiente".	6
	Cuidados y alteraciones de las mamas y pezones: ¿Qué hago si se me ponen duros los senos, si se me agrieta el pezón?", "Llegan con implante y que se le dañan los senos", "Por qué el dolor en los senos?" .	6
	Actitud de las madres y mitos frente a la lactancia: Frente a este aspecto hay varias opiniones de los consejeros: 1) "Las madres son muy apáticas, son calladas, no hablan y es muy difícil llegar a ellas, ya más tarde ellas se abren y hasta lloran. Las primigestantes son muy tranquilas, no exigen y si no les baja leche, piden enseguida fórmula, no llegan motivadas, no vienen preparadas desde la gestación". 2) "Les preocupa que se les dañen los senos porque llegan con implantes". 3) "Senos congestionados y las madres son muy perezosas y no se hacen masajes". 4) "Tienen muchas creencias/ mitos: negadas hacia la lactancia".	4
	Planificación y lactancia materna: "Si están lactando esto previene el embarazo?" "Como planificar?".	2
	Sueño del bebé: "¿Qué hago para despertar el bebé?", "Los niños duermen mucho".	2
	Egreso hospitalario	Producción de la leche y acto de lactar: "Poca producción leche", "No me sale leche", "Le gusta un seno y el otro no", "Le puedo comprar leche si no me sale?", "Por qué después de un tiempo la leche cambia de aspecto y color?" "La leche no es suficiente", "Dificultades en la postura del seno", "Si mi leche no es suficiente que otra leche le doy?", "Puedo darle leche de vaca? ¿Puedo empezar con la compota?", "Puedo darle zumo de frijol o lenteja?".
Desconocimiento sobre la técnica de la lactancia: "El bebé succiona y se queda dormido fácilmente", "Cada cuanto tiempo debo dar de comer a mi hijo?", "Dificultades en la postura del seno, se muestran inseguras en su capacidad para lactar".		5

	Sacada de los gases: "¿Cada cuánto?", "Cuánto tiempo dura esta tarea?", "Y si el bebé no bota gases?".	3
	Cuidados y alteraciones de las mamas y pezones: "Posibles complicaciones, congestión mamaria, pezones lacerados".	2
Control del recién nacido	Sensación de insuficiente producción de leche: "Ella siente que el niño no queda lleno", "No produce suficiente leche" ¿Qué hacer? "Que leche le doy" "El bebé es difícil de saciar", "Les angustia levantarse varias veces en la noche para alimentarlos, "El bebé no come".	4
	Desconocimiento sobre la técnica de la lactancia (Horarios): Si se debe hacer un horario para las tomas y cuánto tiempo deben dejarlos	4
	Introducción de otros alimentos: "Ya le compré leche de tarro", "Ya le di agua hervida con azúcar", "Le puedo dar chupo?", "¿Le puedo dar fórmula?".	3
	Alimentación de la madre durante la lactancia: "Cómo se debe alimentar la madre para producir leche?".	2
	Características de la materia fecal: "Por qué ese popo es verde o es negro?", "Cambios en el color de las deposiciones ¿por qué?".	2
	Cuidados y alteraciones de las mamas y pezones: "Dolor cuando hay un mal agarre".	2
	Lactancia y medicamentos: "Si estos alteran la lactancia".	2
	Creencias de la madre: "Tienen mitos de que no pueden comer algunos alimentos. La leche de fórmula es mejor", "Es que mi leche es muy aguada y no alimenta al bebé"	2
	Almacenamiento y conservación de la leche.	2
Seguimiento	Sensación de insuficiente producción de leche: "Ella siente que el niño no queda lleno", "No produce suficiente leche", "Qué hacer?", "Qué leche le doy", "La leche es como agua, si lo nutre?", "Si producen suficiente leche y la diferencia con las otras", "Sienten que la lactancia materna no es suficiente para alimentar a sus bebés y se hace una curva de crecimiento demostrándoles que va bien".	8
	Extracción y conservación de leche materna: "Uso de extractores de leche pese a explicación de las desventajas y que sienten que no producen suficiente leche e inician fórmulas", "Necesidad del uso de pezoneras o de extractores".	5
	Trabajo y LM: ¿Qué hago cuando entre a trabajar?	4
	Cuidados y alteraciones de las mamas y pezones: "Colocación de protectores de silicona".	3
	Introducción de otros alimentos: "Cómo debo introducir alimentos", "Cómo se la doy?", "Cómo hacer el destete?", "Si el aumento de peso del bebé es adecuado", "Horario para administrar leche".	3
	Inicio de fórmulas infantiles: "Necesidad de reforzar la lactancia con fórmulas", "Sienten que no producen suficiente leche e inician fórmulas".	3

G1. Anexo: Dudas frecuentes reportadas por las madres durante la Consejería en Lactancia Materna

Momento de la consejería	Dudas frecuentes reportadas por las madres	Frecuencia
Control prenatal	Inseguridad hacia la producción de la leche: "Podré?", "Seré buena lechera?", "Mis senos serán aptos?", "Es normal que me salga liquido de los senos?, a las madres gestantes que si pueden estimular la leche materna mientras la gestación".	3
	Desconocimiento sobre la lactancia: "Puedo tener medicamentos en la lactancia?", "Es bueno usar tetero?".	1
	Necesidad de cursos de apoyo.	1
	Anatomía del pezón: "Sobre pezón invertido".	1
	Dolor: "Dolor senos y muchas veces miedo al dolor para seguir lactando".	1
Parto Inmediato	Inseguridad hacia la producción de la leche: "Que si pueden darle la tintica de frijol?", "Que cada cuanto le dan si sale poca leche?, "Son inseguras por la producción de calostro", ¿Si me sale leche?", "Si queda lleno?".	4
	Técnica de la lactancia: "Tiempo de succión, como despertarla, agarre", "Los tiempos de comida, técnicas de masaje", "Forma de colocarlo al seno"	3
	Almacenamiento de la leche: "Tiempos de almacenamiento".	1
	Desconocimiento de la lactancia: "Que si pueden darle la tintica de frijol".	1
Control Posparto	Inicio alimentación complementaria: "Que si se les puede dar huevo después de los 2 meses?", "Les dan complemento porque no les baja la leche", "Cuales son los alimentos que puede recibir el bebé después del sexto mes de edad?".	3
	Inseguridad hacia la producción de la leche: "Por qué se bajó de peso si come?", "Se les da complemento porque no les baja la leche".	2
	Técnica de la lactancia: "No come, está perezoso, posiciones para alimentar al bebé".	2
	Conservación de la leche.	1
	Dolor de senos: "Por qué me duele tanto?"	1
	Alimentación de la madre: "Por qué consumir líquidos?, "Qué alimentación y líquidos consumir?"	1
	Alteración de las mamas y pezón: "Congestión mamaria", "Dolor", "Cómo se hacen los masajes?"	2
	Duración y frecuencia de la lactancia: "Algunas madres no le dan la complementaria adecuada y necesaria y las madres	2

Egreso Hospitalario	ofrecen lactancia por más tiempo "seno permanentemente". "Cantidad de veces que se les puede dar".	
	Lactancia y medicamentos: ¿Si me dan algún medicamento puedo lactar?	1
	Inseguridad hacia la producción de leche: "No come", si le estará alimentando?"	1
Control recién nacido	Inseguridad hacia la producción de leche: "Si mi bebé queda satisfecho", "Tendré buena leche en calidad?".	2
	Técnica de la lactancia: "Cuanto en onzas toma mi bebé?", "Masajes, uso de pezoneras".	2
	Conservación de la leche.	1
	Alimentación complementaria.	1
	Ganancia de peso del bebé.	1
Seguimiento	Introducción de otros alimentos: "Uso de fórmulas infantiles", "Que si le pueden dar alimentos complementarios", "Si les da calor les pueden dar agua".	2
	Extracción de la leche.	2
	Producción de leche: "Cómo producir más leche".	1
	Duración y frecuencia de la lactancia: "Tiempo de amamantarlo".	
	Cuidado de los pezones.	1

H. Anexo: Problemas que presentan las madres con la lactancia, durante la CLME

Momento de la consejería	Principales problemas con la lactancia	Frecuencia
Control prenatal	Preparación de los senos: "Ocasionalmente mucositis, pezón, estrías en el seno", "Fisuras en los pezones como evitarlas".	4
	Producción de leche materna: "Seré capaz?, ¿seré lechera?", "Como colocar al bebé, producción de leche".	2
Parto inmediato	Anatomía y alteración de los pezones: "Pezones planos o invertidos, pequeños o grandes", "Laceración de pezón", "Cuando el niño está hospitalizado hay congestión mamaria, se seca muy rápido la leche por la hospitalización".	10
	Deficiente técnica y proceso de la lactancia: "Dolor al lactar, "Posición inadecuada para ponerlo y el agarre". "El bebé se queda dormido durante el amamantamiento", "Miedo".	7
	Dolor al lactar.	4
	Sensación de baja o nula producción de leche: "No produzco".	3
	Actitud y situación de la madre frente a la lactancia materna: "Que se le van a caer los senos", "No le da seno porque nunca le ha dado a los anteriores hijos", "Cansancio".	3
Control Posparto	Alteraciones de la mama y pezones: "Congestión mamaria y pezones agrietados".	30
	Anatomía de los pezones: "Pezones planos o invertidos, pequeños o grandes, senos con implantes".	16
	Deficiente técnica de lactancia: "Mal agarre del seno". "Se extrae y no sale leche", "Dolor al lactar", "Dificultad para coger la técnica de lactar al bebé", "Dolor en la espalda", "Estrés en los primeros días de amamantar", "El dolor lo consideran normal", "Temor porque dicen que no les sale leche".	13
	Actitud y situación de la madre: "A mí no me va a salir leche", "No se ha establecido la extracción de leche y por tanto esto genera que no salga leche", "Mala disposición", "Mamás mal nutridas", "Las madres mayores de 16-17 son perezosas"	5
	Insuficiente producción de leche: "Sentir que no producen la suficiente leche para el bebé", "Se preocupan de que no pueden lactar al bebé, en ese caso se da leche predeterminada, previa firma de consentimiento sobre todo con recién nacido pre término".	4
Egreso Hospitalario	Alteraciones de la mama y pezones: "Congestión mamaria y pezones agrietados".	7
	Sensación de baja producción de leche: "El bebé no come", "Sensación de hambre en el bebé y deseo de complemento, "No están seguros que comen bien porque lloran bastante los bebés".	4
	Deficiente técnica de lactancia: "Mala postura al seno".	3

	Uso de biberones con chupo.	2
	Situación de las madres: "Embarazos múltiples", "Madres sin disponibilidad para lactar"	2
Control recién nacido	Alteraciones de la mama y pezones: "Dolor seno, grietas en el pezón", "Mastitis", "Hongo en mamá".	11
	Deficiente técnica de la lactancia: "Bebé no come, está dormido", "Mala técnica", "La duración de cada mamada, no saben el tiempo de duración".	7
	Insuficiente producción de leche: "Poca o abundante producción de leche".	4
	Anatomía de los pezones: pezones planos o invertidos, pequeños o grandes.	3
	Uso de biberones con chupo.	2
Seguimiento.	Alteración de los pezones: "Senos congestionados", "Mastitis", "Laceración del pezón".	5
	Deficiente técnica de lactancia: "No se realiza masaje y preguntan cómo puede aliviar el dolor del seno, si es bueno el uso de extractor del leche".	3
	Disminución de la producción de leche: "No le sale suficiente leche para que el niño quede satisfecho".	3
	Uso de chupos y biberones	2
	Uso de extractores	2

H1. Anexo: Problemas que presentan las madres con la lactancia, durante la consejería en lactancia materna

Momento de la consejería	Principales problemas con la lactancia	Frecuencia
Control prenatal	Inseguridad en la producción de leche materna: "Mis senos están aptos?", "Quiero lactar pero no sé si podré".	2
Parto Inmediato	Inseguridad hacia la producción de leche.	2
	Técnica de la LM: "No coge el seno, no succiona", "El bebé se queda dormido durante el amamantamiento".	2
	Dolor.	2
Control Posparto	Alteración de mamas y pezones: "Senos lacerados", "Dolor", "Pezón roto", "Mastitis".	4
	Anatomía de los pezones: "Pezón plano, la dificultad de darle por pezón invertido y para la producción"	2
	Conservación de la leche: "Tiempo leche materna congelada, como se calienta, si se puede reutilizar y cuánto dura a medio ambiente".	1
Egreso Hospitalario	Alteración de mamas y pezones: "Congestión mamaria", "Pezones lacerados", "Dolor".	3
	Técnica de la lactancia: "El niño no succiona bien", "Miedo, bebé no chupa".	3

	Anatomía de los pezones: "Pezón plano".	1
Control recién nacido	Alteración de mamas y pezones: "Dolor", "Pezones agrietados y congestión mamaria", "Sangrantes".	4
	Sensación de insuficiente producción de leche: "Quedó con hambre", "Miedo a seguir lactando y ven la posibilidad de leche de fórmula".	4
	Técnica de la lactancia: "Mala técnica".	1
Seguimiento	Alteración de mamas y pezones: "Congestión de los senos, pezones fisurados"	4

I. Anexo: Barreras identificadas por el consejero para que la madre no amamante de manera exclusiva hasta los 6 meses

Tipo de barreras	No. de consejeros
<p>El trabajo de la madre: "Pacientes que trabajan y enseñan a los bebé a chupos e inicios de fórmulas lácteas", "Poco tiempo debido al trabajo", "Licencia de maternidad muy corta", "Acostumbrarlo a chupo porque la madre ingresa al trabajo", "En estrato bajo, "trabajo", "Horarios laborales muy extendidos, no adecuada seguridad social (trabajos independientes), no disponen de hora e lactancia, madres que trabajan muy temprano posterior al parto por condiciones económicas, sin apoyo de la pareja en trabajo informal".</p>	30
<p>Creencias de la madre: "No sale leche", "La leche no es suficiente", "Se daña el cuerpo", en estrato alto", " Mentalidad uso de sucedáneos", "Vanidad de la madre", "Creencias, ven clara la leche y creen que no los alimenta, "Las madres consideran que se caen los senos", "Se seca", "Información y creencias de otras personas: mi suegra o mi mami me dijo que le diera otros alimentos", "Creencias familiares: sus familiares no lactaron", "Falta campaña de educación a las madres: el niño gordo que se alimenta con fórmula está o se ve más sano, es un aspecto cultural".</p>	27
<p>Poca disposición de las madres para lactar: "Cuando deciden complementar ya no quieren volver a lactarlo", "Las madres no quieren lactar", "Las madres no tienen constancia, por ej: al extraerse o al colocar al bebé, las mamás están en otro cuento, están más interesadas en otras cosas", "La madre es perezosa, no hace extracción manual, "El cuidado no es prioritario", "Madres que refieren no lactancia ya sea porque no quieren o por mamoplastía, o por baja producción", "Falta de interés", "No deseos de lactar hasta los 6 meses, por querer donar al bebé".</p>	18
<p>Problemas físicos o emocionales de la madre: "Estrés de la madre, ansiedad", "Enfermedad de la madre: enfermedades infectocontagiosas", "Uso de medicamentos", "Depresión posparto", "Consumo de SPA", "Inseguridad e inexperiencia", "Madres abusadas sexualmente" (1), "Embarazo no deseado" (1). "Por ansiedad, es imposible el acompañado permanente".</p>	18
<p>Falta de apoyo familiar: "Apoyo de familiares en uso de sucedáneos", "Red de apoyo familiar: abuelas cuando no están sensibilizadas hacia la lactancia materna" (6/17), "Baja producción de la leche (sobre todo las hospitalizadas) y la relactancia es difícil por falta de apoyo de la madre en la casa", "La falta de apoyo de la familia o descalificación".</p>	17
<p>Anatomía y alteraciones y dolor en el pezón: "Pezones invertidos y planos", "Pezones lacerados".</p>	15
<p>Desconocimiento de la lactancia por parte de las madres: "Falta de intervención, a veces se van con escasas instrucciones", "Falta de información y preparación sobre lactancia desde la gestación", "Las madres no creen en los beneficios de la lactancia materna", "Falta de información para el traslado</p>	15

de la leche”, “No creen en la conservación de la leche en casa”, “Desconocimiento de las madres (gana la publicidad de los sucedáneos), creen que la más cara es la mejor”, “Miedo al llanto del bebé, señales del bebé que la madre interpreta como hambre”.	
Falta de apoyo y compromiso del trabajador de la salud: “Falta de acompañamiento por parte de las EPS”, “Los profesionales que no apoyan”, “Desconocimiento del tema por parte de algunos profesionales (pediatras) ya que son el primer contacto en pospartos”, “Barrera administrativa (acceso a citas en consejería)”, “El inicio de leche de fórmula, los médicos no apoyan cuando hay baja leche (ginecología)”, “Los pediatras desestimulan la lactancia materna”, “Bajo apoyo en la lactancia”.	13
Sensación de insuficiente producción de leche: “Considera que no le sale suficiente leche”, “Sienten que su leche no los alimenta”.	11
Los problemas familiares, económicos y sociales de la madre.	8
Madre con mala experiencia previa en lactancia: “Mastitis o que no lactaron en el parto anterior”, “Que presentaron antecedentes de mastitis”.	7
Ofrecer fórmula en el hospital o publicidad de sucedáneos: “Publicidad que muestra niños gordos”, “Promoción de la leche de fórmula especial, en la Clínica de la mujer y Fundación Santafé”.	6
Situación de salud del niño u hospitalización del bebé: “El bebé no sube de peso”, “La madre tiene más hijos y no viene con frecuencia a lactar al bebé”, “Rechazo”.	5
Madres adolescentes	2
Ausencia a controles prenatales	2
Inseguridad e inexperiencia de la madre	2
Prótesis de seno	2
Tiempo insuficiente de contacto piel a piel e inicio temprano	1

J. Anexo: Barreras institucionales para hacer la CLME en la institución de salud

Nivel	Tipo de barrera	Frecuencia
Institucional	Falta de tiempo para la consejería	17
	Insuficiente talento humano	9
	Recursos limitados: "Falta de material didáctico para entregar a la gestante", "No hay material didáctico para la comunidad".	5
	Falta de capacitación y de apoyo	3
Personal de salud	Falta de capacitación: "Profesionales colegas que no actualizan conocimiento o que sugieren prácticas o tiempos inadecuados", "No tienen la misma información o son contradictorios".	3
	Poco interés en la consejería o en la promoción de la lactancia materna: "Falta de difusión programa de algunos profesionales", "No todos los profesionales promueven la lactancia materna y desconocimiento del tema".	3
Usuaris	Desinterés de las madres hacia la lactancia: "Hay madres que definitivamente no quieren lactar", "Mujeres que ya han lactado no ven importante recibir esta información", "Ocasionalmente desinterés por parte de algunas usuarias, no hay compromiso".	9
	Falsas creencias y actitud de la madre: "Hay mamás que de pronto o anteriormente fueron alimentadas con leche de tarro y vienen con falsas creencias". "Las madres no tienen buena actitud, no obedecen las indicaciones de la jefe, no le dejan a libre demanda", "Algunos padres se muestran agresivos". "Desinterés de las adolescentes: adolescentes que están pendientes del novio, del celular, de la foto, etc".	4
	Dificultad para la atención: "Dejan números equivocados, zonas de alto riesgo", "Las madres llegan sobre el tiempo", "Inasistencia a los cursos de preparación de la maternidad y paternidad".	3
	Baja escolaridad de la madre: Capacidad de entender y captar el tema. Por el nivel educativo (prevenidas)	3
	Desapego hacia el recién nacido.	1
	Mamás de bajos recursos y mal alimentadas.	1
Otro	"Los laboratorios que con sus obsequios convencen hasta la Gerencia".	1

8. Bibliografía

1. OPS. Avances y retos de la lactancia materna: Colombia 1970 a 2013. Un recorrido sobre 40 años de experiencias en la aplicación de políticas públicas. Washington, D.C. [Internet] 2013. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22955&Itemid=270&lang=es.
2. Diaz CE, López-Rosana HI, Arena D, Giraldo C, González L. Factors associated with breastfeeding in children less than one year of age in the city of Cartagena, Colombia. Universidad del Valle, Facultad de Salud Colomb Med. 2011; 42:26-34.
3. Rius-Peris JM. Factores asociados al inicio y al abandono precoz de la lactancia materna. Tesis Doctoral. Departamento de Farmacología. Universidad de Valencia. Facultad de Medicina y Odontología 2011.
4. Gamboa EM, López N, Prada GE, Gallo KY. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Rev Chil Nutr. 2008; 35:43-52.
5. Carvajal R, Mateus S, Julio C, Cabrera G. Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia. Universidad de Antioquia Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2003; 21.
6. Londoño-Franco AL, Mejía-López MS. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia. Rev Gerenc Polit Salud, Colombia. 2010; 19:124-137.
7. López B, Martínez L, Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Rev Fac Nac Salud Pública. 2013; 31:117-26.
8. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. B J Nutr. 2008; 99:1127-32.
9. OMS/OPS/UNICEF. Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. 2009.
10. OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010.

11. Hannula I, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17:1132–43.
12. 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 clinical trial. *Lancet*. 1999; 353:1226-31.
13. Chapman DJ, Damio G, Young S, Pérez-Escamilla R. Effectiveness of Breastfeeding Peer Counseling in a Low-Income, Predominantly Latina Population. A Randomized Controlled Trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004; 158:897-902.
14. Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breastfeeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ*. 2002; 166:21-28.
15. U.S. Preventive Services Task Force. Primary Care Interventions to Promote Breastfeeding: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2008; 149:560-4.
16. De Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact*. 2001; 17:326-43. 8
17. Sudfeld CR, Fawzi WW, Lahariya C. Peer Support and Exclusive Breastfeeding Duration in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 2012; 7:e45143. doi:10.1371/journal.pone.0045143.
18. Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2000; 356:1643–47.
19. Lutter CK, Perez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *Am J Public Health*. 1997; 87:659–63.
20. Cabrera G, Arias N, Carvajal R. Conocimiento, actitud y práctica de lactancia materna en mujeres y personal de salud del Valle del Cauca. Informe final de investigación Cali: División Salud FES Social, Secretaría Departamental de Salud; 2001. 62 p.
21. Rodríguez J, Acosta R. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en población pobre de áreas urbanas de Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2008; 10:71-84.
22. WHO. Indicators for assessing breast-feeding practices. Geneva, Switzerland; 1991.
23. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.
24. Lamberti LM, Fischer-Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*; 2011; 11 3: S15.

-
25. De Zoysa I, Rea M, Martines J. Why promote breast feeding in diarrhoeal disease control programmes? *Health Policy and Planning*, 1991, 6:371–379.
 26. Kramer MS et al. Promotion of Breastfeeding. Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285:413–420.
 27. Howie PW et al. Protective effect of breastfeeding against infection. *British Medical Journal*, 1990, 300:11–16.
 28. De la Vega T, Pérez V, Bezos L. La lactancia materna y su influencia en el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas. *Rev Cubana Med Gen Integr Ciudad de La Habana*. 2010; 26 n.3.
 29. Duncan B et al. Exclusive breast feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics*, 1993, 91:867–872.
 30. Victora CG. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*; 2016; 387.
 31. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006; 117:e380-6.
 32. Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatry SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. *J Nutr*. 2008; 138:599-603.
 33. León-Cava, N, Lutter C, Ross J, Martin L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington, D.C.: OPS; 2002:13-15.
 34. Ip S, Chung M, Raman G et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence Report/Technology Assessment 2007*; 153: 1–186.
 35. Razek A, El-Dein A. Effect of breast-feeding on pain relief during infant immunization injections. *International Journal of Nursing Practice* 2009; 15: 99–104.
 36. Stuebe AM, Schwarz EB. The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. *Journal of Perinatology: Official Journal of the California Perinatal Association* 2010; 30: 155–162.
 37. Horta, Bahl, Martines, Victora. OMS. Evidencie on the long term effects of breastfeeding. *System Reviews and meta-analyses*. Geneva. OMS 2007.
 38. Cabezuelo G, Vidal S, Abeledo A, Frontera P: Factores relacionados con el abandono precoz de la lactancia materna. *Rev Esp Pediatr* 2006; 62: 212-8.
 39. Mitra AK, Khoury AJ, Hinton AW, Carothers C. Predictors of breastfeeding intention among low-income women. *Matern Child Health J*. 2004; 8:65-69.

40. Guttman N, Zimmerman DR. Low-income mothers' views on breastfeeding. *Soc Sci Med*. 2000; 50(10):1457-1473.
41. Khoury AJ, Moazzem SW, Jarjoura CM, Carothers C, Hinton A. Breastfeeding initiation in low-income women: role of attitudes, support, and perceived control. *Womens Health Issues*. 2005; 15(2):64-72.
42. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery*. 2002; 18: 87-101.
43. Osorio-Castaño JH, Botero-Ortiz BE. Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding. *Invest educ enferm*. 2012; 30: 390-7.
44. Aubel J. The role and influence of grandmothers on child nutrition: culturally designated advisors and caregivers. *Maternal Child Nutr*. 2011; 8:19-35.
45. USAID. El papel e influencia de las abuelas y los hombres. La evidencia que apoya un enfoque centrado en la familia para una óptima nutrición del lactante y del niño. Revisión de literatura. 2001.
46. Hedberg-Inga C. Barriers to breastfeeding in the WIC population. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2013; 38:244-9.
47. Estévez-González MD, Martell-Cebrián D, Medina-Santana R, García-Villanueva E, Saavedra-Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Anales españoles de pediatría*. 2002; 56: 2.
48. Moreno Manzanares L, Cabrera Sanz MT, García López L. Lactancia materna. *Rev ROL de enfermería*. 1997; 20:79-84.
49. Almirón P, Fatjó A, Fernández M, Fernández de Sanmamed MJ, Gómez MA, Martí M et al. Mujeres y lactancia: entendiendo sus vivencias y analizando la actuación del sistema sanitario. *Aten Primaria* 1996; 17: 501-506.
50. Kuan LW, Britto M, Decolongon J, Schoettker PK, Atherton HD, Kotagal UR. Factores del sistema sanitario que contribuyen al éxito de la lactancia materna. *Pediatrics (ed. esp.)* 1999; 48: 183-184.
51. Thuiler D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2009; 38:259-68.
52. Ruowei L, Fein S, Grummer-Strawn L. Association of breastfeeding intensity and bottle-emptying behaviors at early infancy with infants' risk for excess weight at late infancy. *Official Journal of the American Academy of pediatrics*. 2008; 122:s77- s85.
53. Avalos-González MM. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2011; 27:323-31.

-
54. Salazar K, Schwarts J, Pontiles M, Guevara H. Causas del abandono de la lactancia materna. Departamento de Salud Pública de la Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela. *INFORMED* Vol. 10, N° 11, 2008.
55. Mascarenhas ML, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the south of Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2006; 82:289-94.
56. Senarath U, Dibley MJ, Agho KE. Breastfeeding practices and associated factors among children under 24 months of age in timor-leste. *Eur J Clin Nutr*. 2007; 61:387–97.
57. Lakati A, Binns C, Stevenson M Breast-feeding and the working mother in Nairobi. *Public Health Nutri*. 2002; 5:715–8.
58. Niño R, Silva G. Atalah S. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatr*. 2012; 83:161-9.
59. Pérez-Escamilla R. La promoción de la lactancia materna en era del sida. *Rev Panam Salud Publ*. 2001; 9:357-61.
60. Kumar S, Nath LM, Reddaiah VP. Factors influencing prevalence of breastfeeding in a resettlement colony of New Delhi. *Indian J Pediatr*. 1989; 56: 385–91.
61. El-Gilany AH. Breastfeeding indicators in Dakahlia Governorate. *Eastern Mediterr Health J*. 2003; 9: 961–73.
62. García-Méndez JA. Eficacia diferencial de los programas de apoyo a madres con intención de lactar sobre la exclusividad y duración de la LM: un estudio meta-analítico. Tesis Doctoral. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. 2010.
63. Dubois L, Girard M. Social inequalities in infant feeding during the first year of life. The Longitudinal Study of Child Development in Quebec (LSCDQ 1998–2002). *Public Health Nutr*. 2003, 6:773–83.
64. Li R, Darling N, Maurice E, Barker L, Grummer-Strawn LM. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: The 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics*. 2005; 115:e31–e37.
65. Barría RM, Santander G, Victoriano T. Factors associated with exclusive breastfeeding at 3 months postpartum in valdivia, chile. *Hum Lact*. 2008; 24: 439.
66. De Barros M, García M, Plácido M. Factores asociados a la situación de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 4 meses en Botucatu, sp, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007; 15:62-9.
67. Camargo-Figuera FA, Latorre-Latorre JF, Porrás-Carreño JA. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2011; 16:56–72.

68. Johnston ML, Esposito N. Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007; 36:9-20.
69. Arce CL, Wagner L. Lactancia materna: un estudio acerca de los factores que inciden en su exclusividad. *Bol. PROAPS-REMEDIAR. Arch. Med. Fam.* 2005; 3(19):23-5.
70. Flores-Díaz AL, Bustos-Valdés MV, González-Solís R, Mendoza- Sánchez HF. Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. *Archivos Medicina Familiar*. 2006; 8(1):33-9.
71. Santana de Brito R, Fernández de Oliveira E. La opinión del padre acerca de la lactancia materna. *Rev René*. 2006; 7(1):9-16.
72. Veliz Gutiérrez JA, Sanabria Ramos G, Gálvez González AM, Sanabria Negrín JG, Fernández Montequin Z. El periodo de la lactancia materna, su relación con el tipo de familia, funcionamiento y apoyo familiar. *CIGET. Pinar Del Río*. 2007; 9(2):3-6.
73. Espinoza H. The relationship between family structure and exclusive breastfeeding prevalence in Nicaragua. *Rev Salud Pública Mex*. 2002; 44: 499-507.
74. Garfias A, Márquez E, Moreno F, Bazán Castro M. Factores de riesgo maternos y familiares que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Rev Esp Med Quir*. 2007; 12:53-7.
75. Chudasama RK, Patel PC, Kavishwar AB. Determinants of Exclusive Breastfeeding in South Gujarat Region of India. *J Clin Med Res*. 2009; 1:102-8.
76. Navarro-Estrella M, Duque-López MX, Pérez JA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Pública Mex*. 2003; 45:276-284.
77. Laanterä S, Pölkki T, Pietilä AM. A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counselling. *International Journal of Nursing Practice*. 2011; 17:72–84.
78. ICBF/Profamilia/INS/Universidad de Antioquia. Lactancia materna y estado nutricional (Capítulo 4). En: Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia, 2005. Bogotá, Noviembre 2006. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallCBF/NormatividadC/ENSIN1/ENSIN2005/LIBRO_2005.pdf.
79. Rosado Pacheco CM. Dimensiones y reflexiones en torno a la Consejería. En: Cuaderno de Investigación en la Educación. Centro de Investigaciones Educativas, Facultad de Educación. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. 2011.
80. Mckinney JP, Fitzgerald HE, Strommen EA. Psicología del desarrollo: edad adolescente. México, D. F.: Ed. Manual Moderno; 1982.
81. Patterson CH. Terapia Centrada en el Cliente. In: Teorías del Counseling y Psicoterapia. 2nd ed. Bilbao: Desclee de Brouwer; 1978.

-
82. Sharf RS. Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts and Cases, 5th Edition. USA. 2010.
83. Chapman DJ, Damio G, Young S, Pérez-Escamilla R. Effectiveness of Breastfeeding Peer Counseling in a Low-Income, Predominantly Latina Population. A Randomized Controlled Trial. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004; 158:897-902.
84. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Mundial de Alimentos. Lineamientos técnicos para la implementación de las Salas Amigas de la Familia Lactante en el entorno laboral. 2012.
85. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. J Pediatr (Rio J). 2004; 80(5 Supl):S126-S130.
86. Rea M., Venancio S. Avaliação do Curso de Aconselhamento em Amamentação. OMS/UNICEF. J. pediatr. (Rio J.). 1999; 75(2): 112-118.
87. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, Update Software Ltd. Oxford. 2008 (Número 3).
88. World Health Organization. Breastfeeding counselling: A training course. Director's guide. 1993. Disponible en: URL:http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_directors_guide.pdf. Acceso 9 de abril de 2014.
89. Sampaio PC, Moreira de Macêdo S, Corrêa LK. Aconselhamento em HIV/AIDS: pressupostos teóricos para uma prática clínica fundamentada. Rev Bras Enferm, Brasília 2013 mai-jun; 66(3): 437-41.
90. Troian Zen E. Princípios do Aconselhamento Aplicados ao Assistir em Amamentação na perspectiva dos profissionais de Saúde. Dissertação de Mestrado. Ministerio da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueria. Rio de Janeiro, março de 2001.
91. Moreira V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. Estudos de Psicologia Campinas 27(4) 537-544. Outubro - dezembro 2010.
92. Martínez Miguélez M. Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona », Polis [En línea], 15 | 2006, Publicado el 04 agosto 2012, consultado el 30 septiembre 2016. URL: <http://polis.revues.org/4914>.
93. Feroso P. El modelo fenomenológico de investigación en pedagogía social. Universidad Autónoma de Barcelona. Educar.1988-89; 14-15: 121-136.
94. Belvedere C. La fenomenología y las ciencias sociales. Una historia de nunca empezar”, en: Sociedad, nº 25, primavera de 2006, Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires – Prometeo. 2006; 85-106. , ISSN: 0327-7712.
95. Spencer RL. Research methodologies to investigate the experience of breastfeeding: A discussion paper. International Journal of Nursing Studies 45. 2008; 1823–1830.

96. Lopez KA, Willis DG. Descriptive Versus Interpretive Phenomenology: Their Contributions to Nursing Knowledge. *Qual Health Res* 2004; 14:726.
97. Cardoso de Paula C, De Oliveira Souza IE, Cabral IE, De Mello Padoin SM. Movimento analítico-hermenêutico heideggeriano: possibilidade metodológica para a pesquisa em enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(6):984-9.
98. Pluye P, Nha Hong Q. Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. *Annu. Rev. Public Health* 2014. 35:29–45.
99. Grinell RM. *Social work research evaluation: Quantitative and qualitative approaches* Itasca, Illinois: E.E. Peacock Publishers. 1997; 5.
100. OMS, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Declaración Conjunta OMS/UNICEF. OMS, Ginebra 1989.
101. Ricard M, Bob RM, Climent C. Propuesta de Análisis Fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista UT. *Revista de Ciències de l'Educació Juny* 2010; 113-133.
102. Escudero J A. Guía de lectura de *Ser y Tiempo* de Martin Heidegger. Herder Editorial. 2016; 1.
103. Krause M. La investigación cualitativa - Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación.* 1995; 7: ISSN 0716-7423.
104. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med* 2003; 34: 164-167.
105. Bonilla-Castro E, Rodríguez Sehk P. Más allá del dilema de los métodos. *La investigación en ciencias sociales.* Ediciones Uniandes. Grupo Editorial Norma. 1997.
106. Guizzo BS, Krzimirski CO, Oliveira DLLC. O Software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)* 2003; abr 24(1): 53-60.
107. Ministerio de Salud y Protección Social. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Criterios globales para el cumplimiento de los 10 pasos de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia y formulario de autoapreciación para instituciones de salud hospitalarias y ambulatorias. 2011.
108. S&P Consultores. Evaluación Plan Decenal Lactancia materna 1998-2008. Resultados de evaluación. Min Protección Social – Colombia. 2010.

-
109. Ministerio de Salud, ICBF, UNICEF, PMA. Plan Decenal de Lactancia Materna Compromiso de todos. 2010-2020, Colombia; 2010.
110. Sheehan A, Schmied V, Barclay L. Women's experiences of infant feeding support in the first 6 weeks post-birth. *Maternal and Child Nutrition*. 2009; 5: 138–150.
111. Renshaw M, Henderson J. Learning the Hard Way: Expectations and Experiences of Infant Feeding Support. March 2012; *Birth* 39:1.
112. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)* 2005; (2): CD001688.
113. Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Stanley IA *Intern Med*. Primary Care Interventions to Promote Breastfeeding: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2008; 149:560-564.
114. 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 randomised controlled trial. *Lancet*. 1999 Apr 10; 353(9160):1226-31.
115. Haider R, Kabir I, Huttly SR, Ashworth A. Training peer counselors to promote and support exclusive breastfeeding in Bangladesh. *J Hum Lact*. 2002 Feb; 18(1):7-12.
116. Anderson A, Damio G, Young S, Chapman D, Pérez-Escamilla R. A Randomized Trial Assessing the Efficacy of Peer Counseling on Exclusive Breastfeeding in a Predominantly Latina Low-Income Community. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005; 159:836-841.
117. Coutinho SB, de Lira PI, de Carvalho LM, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet*. 2005 Sep 24 30; 366(9491):1094-100.
118. Dowling, S. Exploring the experiences of women who breastfeed long-term. Tesis doctoral. PhD, University of the West of England. 2013.
119. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Primary Care Interventions to Support Breastfeeding. *JAMA*. 2016; 316(16):1688-1693.
120. Hall WA, Hauck Y. Getting it right: Australian primiparas' views about breastfeeding: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies* 44. 2007; 786–795.
121. Rajan L. The contribution of professional support, information and consistent correct advice to successful breast feeding. *Mldtifcly*. 1993; 9: 197-209.
122. Belintxon-Martín M, Zaragüeta C, Adrián MC, López-Dicastillo O. Initiating breastfeeding: experiences of first-time mothers. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2011; 34 (3): 409-418.

123. McInnes Innes RJ, Chambers JA. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 62(4): 407–427.
124. Foster DA, McLachlan HL. Women's views and experiences of breastfeeding: positive, negative or just good for the baby? *Midwifery*. 2010; 26: 116–125.
125. Swanson V, Power KG. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 50(3):272–282.
126. Howard FM, Howard CR, Weitzman M. The physician as advertiser: the unintentional discouragement of breastfeeding. *Obstet Gynecol* 1993; 81:1048-51.
127. Pérez-Escamilla R. Breast-feeding patterns in nine Latin American and Caribbean countries. *Bull Pan Am Health Organ* 1993; 27(1):32-42.
128. Manoff Group, Wellstart international. *A guide to Qualitative Research for Improving Breastfeeding Practices*. Washington; 1996.
129. Wellstart international. *Apoyo comunitario a la lactancia materna: manual de planificación*. Washington; 1996.
130. Díaz-Sáez J, Catalán-Matamoros D, Fernández-Martínez MM, Granados-Gámez G. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. *Gac Sanit*. 2011; 25(6):483–489.
131. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD001688.
132. Hinsliff-Smith K, Spencer R, Walsh D. Realities, difficulties, and outcomes for mothers choosing to breastfeed: primigravid mothers experiences in the early postpartum period (6-8 weeks). *Midwifery*. 2014 Jan; 30(1):e14-9.
133. Ochoa G, Carreño S. *Conocimientos, saberes y prácticas sobre lactancia materna. Estudio línea de base DABS 2003: Alcaldía Mayor de Bogotá*. Bogotá; 2003
134. Guise JM, Palda V, Westhoff C et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Family Medicine* 2003; 1: 70–78.
135. ICBF/Profamilia/Instituto Nacional de Salud/Ministerio de la Protección Social. *Lactancia materna y alimentación complementaria (Capítulo 4)*. En: *Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2010*. Bogotá; agosto de 2011.
136. Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias. *Guía de práctica clínica del recién nacido sano*. Bogotá, Colombia. 2013; Abril: Guía No. 2.

137. Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias. Guías para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Bogotá, Colombia. 2013; Abril: Guías No. 11-15.

