

Situación de la consejería en lactancia materna exclusiva en el Hospital Engativá

Current Counseling Status of Exclusive Breastfeeding at Engativa Hospital

Situação de Aconselhamento em Aleitamento Materno Exclusivo no Hospital Engativa

Gloria Yaneth Pinzón Villate¹

Martha Lucía Alzate Posada²

Gilma Aurora Olaya Vega³

Resumen

Objetivo: Describir la situación actual de la consejería en lactancia materna como apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, en el Hospital de Engativá. **Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, con diseño cuantitativo y cualitativo, realizado en el Hospital de Engativá. La muestra estuvo constituida por 13 profesionales de la salud. Se presentan los resultados preliminares de esta institución, que forma parte de la muestra de la primera parte de la tesis doctoral titulada “Experiencia de la consejería en el apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad”, de la primera autora de este artículo. **Resultados:** 77 % (10/13) de las participantes no están formadas como consejeras en lactancia materna; 69 % (9/13) de las participantes tiene contacto con la misma madre en más de una oportunidad; para el 69 % de las participantes, la consejería en lactancia materna significa educar a la madre en lactancia materna. La consejería en lactancia materna llevada a cabo por el 85 % de las participantes se traduce en realizar actividades educativas que buscan informar y enseñar a la madre sobre lactancia. El 54 % de ellas entrega material, como cartillas y folletos. Los temas centrales de la educación son: beneficios de la lactancia materna (85 %), técnica de lactancia materna (69 %) y técnicas de extracción, almacenamiento y transporte de leche materna (38 %). Sin embargo, no se centran en la principal duda que tienen las madres, reconocida por las participantes de este estudio, relacionada con la inseguridad hacia la producción de la leche. **Conclusión:** No hay claridad sobre el acompañamiento que debe realizarse para promover la lactancia materna y el enfoque de la consejería en lactancia materna por el personal de salud. Es necesario profundizar en lo que significa la consejería en lactancia materna, la metodología y el seguimiento, para promover el inicio de la lactancia y su mantenimiento hasta los seis meses de forma exclusiva.

Palabras clave: consejería, lactancia materna, personal de salud (DeCs).

1 Departamento de Nutrición Humana. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Colombia. Candidata a doctora en Salud Pública.

2 Departamento de Salud de Colectivos, Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, Colombia. PhD en Salud Pública.

3 Departamento de Nutrición y Bioquímica. Facultad de Ciencias de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. PhD en Ciencias Biomédicas.

Abstract

Objective: Describing the current counseling conditions to support early initiation and maintenance of exclusive breastfeeding up to six months at Engativa Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study with a quantitative-and-qualitative design performed at the hospital. The sample: 13 health professionals. We present preliminary results of this entity as a part of the sample taken from *the first section of the doctoral thesis, The experience of counseling to support the early initiation and maintenance of exclusive breastfeeding up to six months of age.* **Results:** 77 percent (10/13) of the participants are not trained as breastfeeding counselors; 69 percent (9/13) of the participants have contact more than once with the same mother. For 69 percent of the participants, counseling means educate mother in breastfeeding issues while 85 percent of the participants means educational activities to inform and teach the mother about breastfeeding; 54 percent deliver material such as booklets and brochures; the main topics of education are breastfeeding benefits (85 percent), breastfeeding technique (69 percent), and breast milk extraction, storage and transport techniques (38 percent). However, they do not focus on the main doubt for mothers, participants of this study, related to insecurity towards milk production. **Conclusion:** There is no precision regarding the follow-up to be carried out to promote breastfeeding, nor an approach to breastfeeding counseling by health staff. It is required to go deeper into what breastfeeding counseling meaning, methodology and follow-up, to promote the early initiation of breastfeeding and maintenance until six months exclusively.

Keywords: counseling, breastfeeding, health staff (DeCS).

Resumo

Objetivo: Descrever a situação atual de aconselhamento em aleitamento materno como apoio para o início e mantimento de aleitamento materno exclusivo até os seis meses, no Hospital de Engativá. **Métodos:** Estudo descritivo de corte transversal com desenho quantitativo e qualitativo realizado no dito hospital. A amostra foi de 13 profissionais da saúde. Presentam-se os resultados preliminares desta instituição que faz parte da amostra da primeira parte da tese doutoral, *Experiência do aconselhamento no apoio para o início e mantimento do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.* **Resultados:** 77 % (10/13) das participantes não estão formadas como conselheiras no aleitamento materno, 69 % (9/13) das participantes têm contato com a mesma mãe mais de uma vez. Para o 69 % das participantes, o aconselhamento no aleitamento materno significa educar a mãe em aleitamento materno, enquanto para o 85 % das participantes se traduz em realizar atividades educativas que procuram informar e ensinar à mãe sobre aleitamento. O 54 % entrega material como cartilhas e folhetos. Os temas centrais da educação são benefícios do aleitamento materno (85 %), técnica de aleitamento materno (69 %) e técnicas de extração, armazenamento e transporte do leite materno (38 %). Contudo, não se centram na dúvida principal que têm as mães, reconhecida pelas participantes deste estudo, em relação com a incerteza frente à produção do leite. **Conclusão:** Não tem clareza com respeito ao acompanhamento que deve ser realizado para promover o aleitamento materno e a abordagem do aconselhamento no aleitamento materno pelo pessoal de saúde. É preciso aprofundar no que significa o aconselhamento no aleitamento materno, a metodologia e o seguimento, para promover o início do aleitamento e seu mantimento até os seis meses de forma exclusiva.

Palavras chave: aconselhamento, aleitamento materno, pessoal de saúde

Introducción

Son evidentes los beneficios de la lactancia materna (LM) para la salud del niño y de la madre, la familia y la sociedad (1). En la salud del niño, se destacan la disminución del riesgo de morbilidad por diarrea, por infección de las vías respiratorias altas, principalmente otitis media; así la como disminución de la mortalidad asociada con estas enfermedades (2-16). A mediano plazo, se ha observado disminución en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños menores de 18 años de edad. En la madre, se ha observado que el inicio de la LM inmediatamente después del parto estimula la liberación de la oxitocina, hormona que ayuda a contraer el útero, expulsar la placenta y reducir el sangrado posparto. Además, a largo plazo, se ha informado que las madres que amamantan podrán tener menor riesgo de presentar cáncer de mama o cáncer de ovario (11). Igualmente, esta práctica puede contribuir a la economía familiar (1).

Pese al conocimiento de estos beneficios, la práctica en Colombia de la lactancia materna exclusiva (LME), entendida como la alimentación del niño solo con LM, incluida la leche extraída, y no otros líquidos o sólidos —con excepción de gotas o jarabes conformados por vitaminas, suplementos minerales o medicinas (17)— es reducida; para el 2010 fue del 42,8 % (18), y aún está lejos de cumplir la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de exclusividad hasta los seis meses de edad y de manera complementaria hasta los dos años (19).

En Colombia se han hecho esfuerzos importantes para promover la LM; uno de ellos ha sido la implementación, a inicios de los años noventa, de la iniciativa global Hospital Amigo de los Niños, con el nombre de Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMÍ). Esta iniciativa contempla el cumplimiento de diez pasos, que buscan asegurar el inicio y mantenimiento de la LM; en ellos, la consejería hace parte fundamental.

Sobre el concepto de *consejería*, en diversos estudios de investigación se ha identificado que tanto los términos utilizados como las estrategias de consejería varían. El contexto cultural, el momento de la publicación y la interacción entre los profesionales de salud y los cuidadores definen el uso del concepto apropiado (20). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1993): “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” (21).

En las IAMÍ, la consejería se plantea como una estrategia educativa para apoyar a la madre y a la familia sobre cómo alimentar a sus hijos; en cuanto estrategia educativa, la consejería se dirige a apoyar a la mujer en las inquietudes y/o dificultades que se presentan en el acto de amamantar, pero desde un enfoque centrado en la fisiología de la lactancia, sin tener en cuenta la situación de la mujer gestante o en lactancia, sus necesidades, expectativas, inseguridades y relación familiar y social, entre otros aspectos.

Adicionalmente, no hay consenso ni en las IAMÍ ni en otras iniciativas nacionales, como en la Resolución 412 de 2000, expedida por el Ministerio de Salud, la *Guía de práctica clínica del recién nacido sano* del 2013 (22) y la *Guía para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio del mismo año* (23); es decir, no se establece un acuerdo sobre la metodología de la consejería en cada uno de los tres momentos descritos en la literatura como esenciales: gestación, posparto inmediato y egreso hospitalario, con el fin de 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 (24-30).

Además, 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), del 2009 (31) —base de la formación en consejería—, son generales y pueden ser abordados en la gestación o en el posparto.

En Colombia, la importancia de la consejería en LM (CLM) se reconoció en el 2011, en el marco de los Acuerdos para la Prosperidad, en los que el Ministerio de la Protección Social asumió el compromiso de incluir la CLM para 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. Ello 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 noventa, 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 formación en consejería es asumida por un número reducido de profesionales de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), quienes dan asesoría personalizada a la mujer que lo necesita, y forman en consejería a otros profesionales de la salud, pero en un tiempo inferior al propuesto por la OMS para un curso de consejería, que debe ser mínimo de 40 horas.

Como resultado de esta situación, en la actualidad, en nuestro medio, la CLM se traduce en el desarrollo de actividades educativas orientadas por personal de salud (nutricionistas, enfermeras, médicos), algunos de ellos sin previa formación como consejeros en LM. Igualmente, se generan situaciones como las siguientes: falta de consenso en los conocimientos, debilidad en las técnicas de consejería, consejos contradictorios y actitud negativa de algunos consejeros (20). Todo ello dificulta el acompañamiento que debe dar el personal de salud a la gestante o madre en periodo de lactancia.

Es posible que dichas circunstancias y, en especial, el manejo de la consejería centrada en la fisiología de la glándula mamaria limite la posibilidad de comprender las expectativas y necesidades de la mujer, lo que impediría el apoyo efectivo a la gestante o madre en periodo de lactancia para el inicio y duración de la LME hasta los seis meses.

La presente investigación contempla los resultados preliminares de la primera parte del proyecto de tesis doctoral “Experiencia de la consejería en el apoyo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad”, de la primera autora de este artículo. La investigación fue realizada en el Hospital de Engativá, una de las instituciones que conforman la muestra de la primera parte del proyecto.

Por tanto, el objetivo de esta investigación es describir la situación actual de la CLM, como apoyo para el inicio y mantenimiento de la LME hasta los seis meses, en el Hospital de Engativá, desde la perspectiva del personal de salud.

Materiales y métodos

Este estudio es de corte transversal, con diseño cuantitativo y cualitativo, y se realizó en el Hospital de Engativá, nivel de atención II, certificado como IAMI en el 2014.

La muestra estuvo constituida por 13 profesionales de la salud, todas mujeres, de una población de 76 participantes en la primera parte de la tesis doctoral. Once pertenecían al Hospital Engativá; una, a la Unidad Primaria de Atención (UPA) La Española, y la última, a la UPA Quirigua. El tamaño de la muestra obedece a que cumplieran con cualquiera de los criterios de inclusión del estudio: tener formación en CLM, según los lineamientos de la OMS y lo establecido o estandarizado para Colombia, o ser profesionales de la salud, con dedicación mínima de tres meses como consejeros en lactancia materna, además de hacer parte de instituciones públicas y privadas certificadas, como IAMI, o de instituciones reconocidas a escalas distrital o nacional en el apoyo a CLM.

Para identificar la situación actual de la consejería en el Hospital de Engativá se empleó un cuestionario semiestructurado, el cual fue probado previamente en tres ocasiones: 1. con tres profesionales de la Secretaría de Integración Social y Ministerio de Salud; 2. con seis consejeros en LM de la Secretaría Distrital de Integración Social, y 3. con dos expertas nacionales en CLM. En total, se aplicaron 11 cuestionarios (previo consentimiento informado), que posteriormente fueron ajustados. La recolección definitiva de datos se realizó en marzo y abril de 2015.

El cuestionario aplicado contempló cuatro partes:

1. Información general de la institución de salud y del consejero en lactancia.
2. Formación recibida en CLM.
3. Descripción de la forma como se realiza la CLME en la institución de salud.
4. Conocimientos sobre CLM.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos mediante uso de promedios, frecuencias y porcentajes. Además, para el análisis de la información cuantitativa y cualitativa, se utilizó como apoyo el *software* NVivo, décima versión.

Se respetaron los principios éticos contenidos en la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud de

Colombia, y la confidencialidad de los participantes; no se recolectó información que permitiera su identificación, y cada uno firmó un consentimiento informado. La investigación contó con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, y del Comité de Investigación del Hospital de Engativá, antes de proceder a la recolección de la información del personal de salud.

Resultados

1. Información general de la institución de salud y del consejero en lactancia

El Hospital de Engativá ESE II nivel atiende población del régimen contributivo y subsidiado. El promedio mensual de cesáreas es del 40 %. En cuanto al seguimiento que se realiza al recién nacido, este se hace mensualmente en el plan canguro, o con mayor frecuencia si tienen alguna patología o requieren oxígeno. En crecimiento y desarrollo, los controles son cada tres meses para menores de un año, y cada cuatro meses para niños entre uno y dos años; estos se realizan en los centros de salud.

Sobre un sistema de vigilancia en LM, el Hospital no cuenta con un seguimiento de la práctica de la LM de la población atendida. El comité de LM del Hospital funciona integrado con el comité de estrategias de atención en salud materno-infantil, articulado con prevención y promoción, según la Resolución 243 del 26 de julio del 2013. En este sentido, de las 13 consejeras, 12 reconocen la existencia del comité, mientras que 11 de las 13 conoce sobre la existencia de un grupo de apoyo en LM en el Hospital.

Sobre el tipo de vinculación con el Hospital, siete tienen contrato por término indefinido; cinco, por prestación de servicios, y una, por término definido. En cuanto a su jornada laboral, diez trabajan tiempo completo y tres, medio tiempo. El personal participante labora en diferentes áreas, entre ellas: consulta externa en las UPA de Quirigua y La Española, hospitalización (tercer piso) de ginecología, unidad neonatal, sala de extracción, consulta de recién nacido, y en el programa de crecimiento y desarrollo.

En cuanto a la formación académica de las participantes, 5 son enfermeras, 3 son médicas, 3 son nutricio-

nistas dietistas y 2 son auxiliares de enfermería; 7 de ellas cuentan con estudios de especialización. De las 13 participantes, 11 (84,6 %) cuentan con más de 6 años de experiencia en acompañamiento a las madres en el proceso de la lactancia.

2. Formación recibida en CLM

De las 13 consejeras, 7 (53,8 %) informaron no contar con formación en CLM, según los lineamientos de la OMS. De las 6 personas que expresaron que sí son formadas, cuatro recibieron el curso hace más de un año. El tiempo de duración de los cursos de formación de las 6 personas que lo hicieron, en horas teóricas, estuvo entre 4 y 80 horas, y el de horas prácticas fluctuó entre 2 y 40 horas.

Dentro de los aspectos que contempló el curso de CLM, en el componente teórico, se destacan:

- Técnicas de LM {5}⁴; es decir, indicaciones sobre cómo debe ser la extracción de la leche, posiciones y técnicas asépticas.
- Manipulación y conservación de la LM {3}.
- Normatividad en LM {3}.
- Beneficios de la LM {2}: importancia del contacto piel a piel.
- Contraindicaciones para lactar {2}.

En el componente práctico, se destaca la técnica de la LM {5}: extracción manual y conservación de la leche.

De las seis personas formadas en consejería, solo una recibió seguimiento.

3. Conocimientos sobre CLM y necesidades de formación

Para las participantes, CLM significa:

- “Brindar educación a la madre sobre la importancia de la LM” {9}. De estas, una incorpora “lo didáctico” y otra persona, “el enfoque humanizado”.

⁴ Los números que aparecen entre corchetes en las diferentes respuestas corresponden al número de personas que contestaron lo mismo.

- “Acompañar, apoyar y aconsejar en temas teóricos sobre los beneficios de la LM” {3}.
- “La asesoría a la madre, desde la preparación psicológica que necesita la madre hasta la nutricional” {1}.

Similar respuesta dieron las participantes al preguntarles sobre lo que significa para ellas CLME. De las 13 participantes, 8 refirieron hacer énfasis a la madre sobre la importancia de la exclusividad de la LM hasta los 6 meses.

A la pregunta sobre cuáles son las competencias que debe tener un consejero en LM, expresaron lo siguiente:

- “Debe tener calidez humana, habilidades comunicativas y conocimientos en el tema” {8}.
- “Debe tener habilidades comunicativas, buena actitud y trato humanizado” {4}.
- “Debe tener conocimiento en LM y disponibilidad de tiempo” {1}.

En caso de ofrecer un curso de formación en CLM, las participantes hicieron propuestas desde lo teórico y lo práctico. En el aspecto teórico, entre las diversas propuestas que surgieron, lo más señalado por las participantes fueron los siguientes aspectos:

- Habilidades de comunicación {3}.
- Medicamentos y LM {3}.
- Importancia del calostro y de la LM (exclusiva y hasta los dos años o más) {2}.
- Conservación de la leche {2}.

En el componente práctico, se propuso en especial:

- Técnica de LM {6}.
- Reforzar el componente práctico con una madre y su hijo {3}.
- Habilidades en comunicación {2}.
- Técnicas de conservación de la leche {2}.

4. Descripción de la forma como se realiza la consejería en LME en la institución de salud

A continuación se describe cómo se realiza la consejería para promover la lactancia materna exclusiva (LME) y total. Teniendo en cuenta que, para más del 50 % del personal de salud, la consejería significa “brindar educación a la madre sobre la importancia de la LM”, en adelante, en las respuestas dadas por las participantes respecto a actividades de consejería, se hará referencia a enseñar sobre lactancia, en lugar de hacer consejería en lactancia.

El personal de salud participante respondió que sí hace CLME. De las 13 participantes, 9 (69 %) tiene la oportunidad de tener contacto con la misma mujer en más de una oportunidad, desde el control prenatal hasta el seguimiento. Se incluyen a las participantes que laboran en las UPA Quirigua y La Española.

Sobre la manera como se realiza la consejería; es decir, si es individual o grupal, en la tabla 1 se presentan los resultados de lo informado por las 13 participantes, teniendo en cuenta que 9 de ellas acompañan a las madres en diversos momentos.

Tabla 1. Manera de realizar la consejería en lactancia materna

Momento de acompañamiento a la madre	Manera de hacer la consejería	Número de consejeras
Control prenatal	Individual	1
	Individual y grupal	3
Posparto inmediato	Individual	1
Control posparto	Individual	3
Egreso hospitalario	Individual	1
	Individual y grupal	1
	Individual	5
Control del recién nacido	Individual y grupal	1
	Grupal	1
Seguimiento	Individual	4
	Individual y grupal	1
	Grupal	1

Fuente: Elaboración propia.

De las 13 participantes, 8 (62 %) hacen el acompañamiento a todas las mujeres; es decir, a mujeres gestantes en riesgo, a mujeres con recién nacidos en riesgo, a mujeres primigestantes y a multíparas.

En cuanto a los aspectos teóricos y/o prácticos que se abordan en la enseñanza sobre lactancia, no fue posible hacer distinción entre un abordaje u otro, debido a que los aspectos mencionados los proporciona el personal de salud (independientemente de su formación) cuando se encuentra en contacto directo con las madres y sus bebés. Los temas sobre los que más se hace énfasis en la CLM son:

Beneficios de la LM {11}: hace referencia al vínculo afectivo, exclusividad hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2, y la importancia del calostro.

- Técnica de LM {9}.
- Técnicas de extracción, almacenamiento y transporte de leche materna {5}.
- Libre demanda {4}.
- Conservación de la leche {4}.
- Resolución de dudas a problemas frecuentes {2}.

Estos temas se dan indistintamente en cualquiera de los tres momentos: control prenatal, posparto inmediato y egreso hospitalario. No obstante, durante el control prenatal, una persona habla de manera adicional de la importancia del calostro y otra hace valoración del seno durante este control.

Durante la enseñanza sobre lactancia a las madres, estas exponen dudas que están relacionadas con el momento en que se realiza el acompañamiento:

- Control prenatal: las dudas están relacionadas con la inseguridad sobre la producción de la leche. Se presentan preguntas como: “¿es bueno usar tetero?”, “si no me sale leche en el embarazo, ¿no voy a dar buena cantidad de leche?”. También sobre la preparación y cuidado de los pezones y sobre el aspecto físico de estos (tamaño del seno, tipo de pezón, preparación de la mama).
- Posparto inmediato: la duda se genera por desconocimiento sobre la técnica de lactancia: “¿Cada cuánto hay que ponerlo al seno?”.
- Control posparto: la duda más frecuente está relacionada con la producción de la leche. Las madres suelen preguntar si está “bajando” leche

suficiente para alimentar a su bebé; o hacen preguntas como, “si el seno no está lleno, al succionar el bebé, ¿igual le sale leche?”, “¿qué leche le doy si no me sale o no me está saliendo?”.

- Egreso hospitalario: igual que el anterior momento, la duda es hacia la producción de la leche y el acto de lactar, y sobre las posibles opciones para su reemplazo: “¿la cantidad de leche producida es suficiente para el recién nacido?”, “¿qué leche le puedo dar si no me sale leche?”.
- Control del recién nacido: en general, las dudas están relacionadas con el suministro de la leche materna: “¿Se deben suministrar líquidos adicionales para calmar la sed de recién nacido?”, “¿se debe hacer un horario para las tomas, y cuánto tiempo debo dejarlo?”, “¿Puedo lactar si tomo medicamentos o si tengo gripa o dolor?”. Sobre la producción de leche y la búsqueda de opciones, se preguntan: “Si no me sale leche, ¿qué le puedo dar?”.
- Seguimiento: continúan las dudas sobre la producción de leche, y las preguntas de las madres se remiten a si producen suficiente leche y cuál es la diferencia con las otras; o aseguran cosas como “Mi leche materna no le alimenta y mi hijo quedó con hambre”. Según las consejeras, ocasionalmente inician voluntariamente alimentación mixta. Igualmente, surgen dudas relacionadas con el almacenamiento y conservación de la leche: “¿Qué hago cuando vaya a trabajar?”.

Las madres presentan problemas relacionados con la lactancia, que se evidencian en el control posparto y durante el control del recién nacido. Según las participantes, se presentan casos de pezón invertido o corto, senos congestionados, lo que a veces desencadena en mastitis; heridas irritadas y pezones fisurados, que producen dolor a las madres.

Sobre las estrategias usadas para promover la LME, 12 de las 13 participantes respondieron. De estas, 11 informaron que acuden a actividades educativas bajo diversas modalidades, como charlas, educación permanente, diálogo o canciones.

Otras estrategias usadas para promover la LME son el suministro de fórmulas de inicio solo con orden

médica {2}, control de peso del recién nacido {2} y extracción y conservación de leche materna {1}.

En cuanto a la entrega de material de apoyo: 7 de 13 participantes entrega material, entre el que se destacan las cartillas {5} y folletos {2}. Según estas, el material es elaborado por el Comité o grupo de lactancia materna del Hospital {2}, el Ministerio de Salud y Protección Social {2}, el Servicio de Nutrición y la comunicadora social del hospital {2}, además de los estudiantes de enfermería y medicina de convenios {1}.

A la pregunta sobre a quién remiten a las pacientes, si identifican algún problema de salud de la madre, las participantes refieren que remiten especialmente a urgencias ginecológicas. Si identifican algún problema emocional de la madre durante la enseñanza sobre lactancia, refieren especialmente a psicología.

Las barreras que se le presentan a la madre para que no lacte de manera exclusiva hasta los seis meses, según las participantes, son variadas. Las que fueron mencionadas con mayor frecuencia se presentan a continuación:

- El trabajo de la madre {7}. “Las madres deben salir a trabajar, no tienen red de apoyo”. “No hay una adecuada seguridad social (trabajos independientes) y tienen horarios extendidos”.
- Mitos {5}. “Mi suegra (o mi mami) me dijo que le diera otros alimentos”, “se caen los senos”.
- Falta de apoyo familiar {3}.
- Falta de conocimiento de las madres. “Gana la publicidad de los sucedáneos” {2}.
- Riesgo social. “Traslado a ICBF de los recién nacidos. No deseos de lactar hasta los 6 meses. Por querer donar al bebé” {2}.

Sobre las barreras identificadas en la institución para hacer la CLM, 10 de 13 participantes encontraron algunas barreras. Nueve de las 10 refirieron barreras en el hospital; 7 de 10, de las madres, y 1, de recurso humano. Se presenta a continuación el tipo de barrera identificada por cada ámbito, según la frecuencia de las respuestas:

- En el hospital se encontró tiempo limitado para acompañar a las madres {6}, recursos huma-

nos insuficientes {3} y recursos físicos limitados (materiales e insumos) {2}.

- Sobre el recurso humano, una participante informó falta de capacitación; es decir, “hay desconocimiento del tema por parte de los profesionales de salud y no todos los profesionales promueven la LM”.
- Por parte de las usuarias: “Falta de apropiación del papel de madre” (desapego con el bebé) {3}, “baja escolaridad” {2}. “Las mujeres que ya han lactado no ven importante recibir información” {1}, e inasistencia a los cursos de preparación de la maternidad y paternidad {1}.

Las participantes hicieron sugerencias para que la CLM sea exitosa en el hospital:

- Destinar más tiempo y recursos al tema de la lactancia {4}.
- Compromiso de la administración {2} (esto incluye posicionar el tema en el hospital), de manera que todo el personal que tenga contacto con la madre, le hable sobre la importancia de la LM.
- Capacitar a todo el personal de la institución para que se tengan conocimientos iguales {2}.
- Contar con un mayor número de profesionales que puedan acompañar a las madres {2}.
- Uso de la sala de extracción en los horarios estipulados {2}.
- Fomentar espacios para los pacientes que se encuentren afiliados a empresas prestadoras de servicios (EPS).
- Mayor seguimiento para fortalecer lo que se hace en los diferentes servicios {2}. Incluye que haya mayor comunicación entre las áreas y vigilancia de la duración de la LME entre las usuarias.

Discusión

Como IAMI, el Hospital de Engativá debe cumplir con los diez pasos exigidos por el Ministerio de la Protección Social y UNICEF para ser acreditada como tal

(32); uno de ellos, más precisamente el segundo, corresponde a la preparación técnica, conceptual y práctica en salud y nutrición 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 el estudio no participó todo el personal de salud capacitado; la selección de la muestra tuvo en cuenta el cumplimiento de los criterios de inclusión del estudio, el tiempo de experiencia y el reconocimiento de estas personas dentro del hospital en el apoyo a la LM a la gestante y madre.

Se resalta que la mayoría de las participantes tiene contrato laboral por término indefinido y trabajan tiempo completo en la institución de salud, lo que sugiere ser una garantía para que el personal de salud pueda dedicar tiempo a su formación como consejero en LM y a la atención a la madre. Sin embargo, a pesar de que la mayoría de las personas cuenta con experiencia laboral en el acompañamiento a las madres en su proceso de lactancia, más del 50 % de estas no se encuentran formadas como consejeras en LM, y de las que informaron que lo están, tan solo tres se formaron con la intensidad horaria establecida para un curso de este tipo; es decir, por lo menos 40 horas, según los lineamientos del curso de Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS (33).

Seguramente, a la pregunta sobre formación en CLM, las participantes informaron la asistencia a las capacitaciones que permanentemente realiza el hospital al personal de salud. Sin embargo, además de no cumplir con el tiempo de duración, los aspectos teóricos y prácticos que informan las participantes sobre el curso recibido hacen referencia, básicamente, al aspecto anatómico y fisiológico de la glándula mamaria, y a la técnica de la lactancia; ninguna señala aspectos necesarios para adquirir las competencias que se requieren para acompañar a la madre, como habilidades para escuchar y aprender, o habilidades para reforzar la confianza y dar apoyo, aspectos contenidos en el curso de la OMS (33).

Igualmente, bajo este tipo de formación se está privilegiando un manejo centrado en la dificultad o el problema, en especial en cómo prevenir posibles dificultades con la lactancia, y no en la persona; es decir, en la confianza y seguridad que debe proporcionarse a la mujer gestante o madre en lactancia (34).

Por ello, es previsible observar que los temas recibidos por las participantes en los diferentes cursos sean similares a los impartidos a las madres durante el acompañamiento, tal como lo informan las participantes. Se resalta que el 69 % de ellas tienen la oportunidad de reforzar estos temas con las madres en más de una oportunidad durante su permanencia en el hospital o en el centro de salud.

Este abordaje, centrado en lo fisiológico y técnico de la LM, está muy relacionado con lo que para la mayoría de las participantes significa la CLM; es decir, en informar o enseñar a la madre en LM, sus beneficios, las técnicas, etc. De hecho, una de las estrategias más usadas para promover la LM son las actividades educativas, con la respectiva entrega de folletos y cartillas, elaboradas por personal del hospital. Estos resultados son consistentes con los obtenidos en la evaluación al Plan Decenal de Lactancia Materna 1998-2008 (35), 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 situación constituye un desafío al que se enfrenta el personal de salud, para que se pueda dar un verdadero apoyo a la madre, con el fin de promover el inicio de la lactancia y su mantenimiento de forma exclusiva hasta los seis meses; a esto se unen otras situaciones, entre ellas: la falta de interés hacia la CLM, la poca disponibilidad de tiempo para la consejería, el limitado recurso humano, entre otros (34).

Llama la atención que, para la mayoría de las participantes, una de las competencias del consejero, además de tener los “conocimientos”, es tener “habilidades comunicativas, buena actitud y calidez humana”. Sin embargo, a pesar de que es importante y necesario que el personal de salud posea estas características al interactuar con la madre, incluso con cualquier paciente que requiera su atención, no bastan para que se configure en un verdadero consejero en LME.

En este sentido, es preciso retomar la teoría de las actitudes facilitadoras que propone Carl Rogers, en cuanto a consejería (36), según las cuales:

El psicoterapeuta debe presentar tres condiciones para que ocurra un crecimiento en el cliente: la empatía, la aceptación positiva incondicional y la con-

gruencia. A través de la empatía, el psicoterapeuta busca percibir y comprender el mundo del cliente en la perspectiva de él. La aceptación positiva incondicional consiste en el respeto incondicional, por parte del psicoterapeuta, a la individualidad del cliente. La congruencia o autenticidad, se describe como el grado de correspondencia entre lo que el terapeuta experimenta y lo que comunica al cliente, siendo el mismo en la relación terapeuta-cliente.

Se puede afirmar que tanto las habilidades como los conocimientos científicos en LM, que enseña el curso de CLM de la OMS (32) para que el personal de salud adquiera las competencias necesarias para ser 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 las siguientes: 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.

En relación con 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, entregar información pertinente, usar lenguaje sencillo y hacer una o dos sugerencias, no dar órdenes.

Es posible que este aspecto de las habilidades comunicativas, según las participantes, deba estar implícito en las características propias de quien acompaña a las madres y que, por tanto, no sea necesario formar en este aspecto. Esto lo corroboran las propuestas que hacen las participantes para un futuro curso de CLM, ya que la mayoría sugiere que se profundice en aspectos técnicos de la LM, más que en brindar habilidades de comunicación para darle confianza, apoyo y seguridad a la madre para la lactancia.

Por otro lado, se observa que hay un mayor número de participantes que hace consejería de manera individual a la madre durante su permanencia en el hos-

pital, a excepción del control prenatal, en el que 3 de 4 participantes informaron la presencia de un acompañante de la madre, o en que la consejería se hace en grupo. En este sentido, es importante asegurar la presencia de algún acompañante de la madre para reforzar su confianza y seguridad para la lactancia, como lo sugieren estudios que informan el apoyo social percibido dentro de los aspectos que favorecen la lactancia durante el posparto (27,37). Igualmente, durante la gestación, dos estudios descriptivos realizados con población multiétnica urbana de bajos recursos económicos en los Estados Unidos (38,39) encontraron que el apoyo social predice significativamente la intención de lactar, incluso más que el conocimiento de los beneficios de la lactancia.

Así mismo, estudios realizados en Colombia, de corte transversal descriptivo —uno en el municipio de Girón, Santander, y el otro en Cartagena (24,27)—, informaron la importancia del apoyo del compañero o esposo de la madre, seguido del personal de salud, la familia y personas conocidas por la madre. Por su parte, un estudio de cohorte prospectivo no aleatorio de intervención encontró mayor asociación entre el apoyo del compañero, otros miembros de la familia y los profesionales de la salud para que las mujeres continuaran amamantando (40).

Un aspecto que debe tenerse en cuenta, para analizar dentro de la institución de salud, es la observación que hacen las participantes sobre las barreras que encuentran para realizar un adecuado acompañamiento a las madres. En este sentido, 77 % (10/13) de las participantes encontró diversas barreras, y de estas, el 90 % corresponden a barreras institucionales. Las más mencionadas están relacionadas con el tiempo limitado que tienen las participantes para acompañar a las madres, un talento humano insuficiente y unos recursos limitados. Elementos que son esenciales para hacer un completo acompañamiento a la madre, que incluye, además de un personal formado en consejería, la disposición de tiempo para ayudar a cada una de ellas que acuda a la institución de salud para atención del parto, para iniciar la lactancia y para darle los conocimientos, seguridad y confianza necesarios, con el fin de que la mantenga de forma exclusiva hasta los seis meses (19).

Sobre el tiempo insuficiente, este fue informado por 6 de las 13 participantes; sin embargo, es seguro que si se realizara la consejería de otra manera, es decir,

que no fuese por medio de indicaciones o explicaciones, es posible que un mayor número de personas hubiese expresado la necesidad de contar con más tiempo para acompañar a la madre. Por lo que cabe preguntarse, además, si el hospital está dando el tiempo suficiente al personal de salud para acompañar a la madre (aprovechando que la mayoría cuenta con tiempo completo) durante su jornada laboral, o si este tiempo es dedicado a apoyar otras actividades.

Las recomendaciones que dan las participantes, para que la consejería sea más exitosa en la IAMI, buscan mejorar dichas limitaciones, y están relacionadas con destinar más tiempo y recursos (talento humano y materiales) al tema de la lactancia, para que todo el personal de salud que tenga contacto con la madre maneje conceptos similares de LM, y para que la promueva de manera permanente en la institución de salud.

Dado que este estudio presenta la situación de la consejería en LM desde el quehacer del personal de salud, es importante complementar los resultados con la percepción que tienen quienes reciben la consejería; es decir, las gestantes y madres en lactancia.

Conclusiones

Las participantes en esta investigación no están formadas en CLME, y el concepto que tienen de una CLM está relacionado con enseñar o indicar a la madre sobre la técnica de la LM.

Las actividades que realiza el personal de salud para promover la LME, cuando entra en contacto con la madre, no son propias de una CLM. 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.

La forma como se realiza la “consejería” por parte del personal de salud no permite 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 que ofrece el hospital, en los que 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. Por ello, no es posible hacer una promoción efectiva para el inicio de la lactancia y su

mantenimiento hasta los 6 meses de forma exclusiva.

Agradecimientos

Agradecemos a la doctora María del Pilar Angarita, referente del área de convenios Docencia-Servicio e Investigación del Hospital de Engativá, por ejecutar la gestión necesaria para la realización de la investigación en el Hospital; a la doctora Ángela Cabal Pérez, médica referente de nutrición, por los aportes al artículo, y al personal de salud que participó en la presente investigación.

Referencias

1. Weimer JP. The economic benefits of breastfeeding. *Food Review*. 2001;24:23.
2. 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.
3. De Zoysa I, Rea M, Martines J. Why promote breast feeding in diarrhoeal disease control programmes? *Health Policy and Planning*. 1991;6:371-9.
4. Kramer MS et al. Promotion of breastfeeding. Intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *J Am Med Association*; 2001;285:413-20.
5. Howie PW et al. Protective effect of breastfeeding against infection. *Br Med J*. 1990;300:11-6.
6. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;8:CD003517.
7. De la Vega T, Pérez V, Bezoz 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(3):483-9.
8. Duncan B, et al. Exclusive breast feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics*. 1993; 91:867-72.
9. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amen-

- ga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006;117:e380-6.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Abdel Razek A, Az El-Dein N. Effect of breast-feeding on pain relief during infant immunization injections. *Int J Nurs Practice*. 2009;15:99-104.
14. Stuebe AM, Schwarz EB. The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. *J Perinatol*. 2010;30:155-62.
15. Kramer M, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt R, Matush L, et al. For the promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) study group. Breastfeeding and child cognitive development. New evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:578-84.
16. Horta B, Martines V. OMS. Evidencie on the long term effects of breastfeeding. *System reviews and meta-analyses*. Geneva: OMS; 2007.
17. WHO. Indicators for assessing breast-feeding practices. Geneva: WHO; 1991.
18. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Pro-familia, 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: Minsalud; 2011.
19. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: WHO; 2002.
20. Laantera S, Pölkki T, Pietilä AM. A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counselling. *Inter Journal Nurs Practice*. 2011;17:72-84.
21. World Health Organization. Breastfeeding counselling: A training course. Director's guide [internet]. 1993 [citado 2014 abr. 9]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_directors_guide.pdf.
22. Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias. Guía de práctica clínica del recién nacido sano. 2013 Guía No. 2. Bogotá, abril de 2013.
23. Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias. Guías para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Bogotá, abril de 2013.
24. Díaz 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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(1):27-41.
28. 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*. 2010; 19:124-37.
29. 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.
30. 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.
 31. OMS/OPS/UNICEF. Consejería para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Curso Integrado. 2009.
 32. 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. Bogotá: Minsalud; 2011.
 33. OMS/OPS/UNICEF. Consejería en lactancia materna: Curso de capacitación. Guía del capacitador. 2007.
 34. Pinzón GY, Alzare ML, Olaya GA. La consejería en lactancia materna exclusiva: de la teoría a la práctica. Rev. Fac. Med. 2016; 64(2):285-93.
 35. S&P Consultores. Evaluación plan decenal lactancia materna 1998-2008. Resultados de evaluación. Bogotá: MinProtección; 2010.
 36. Moreira V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. Estudos de Psicologia Campinas. 2010;27(4):537-44.
 37. Mitra AK, Khoury AJ, Hinton AW, Carothers C. Predictors of breastfeeding intention among low-income women. Matern Child Health J. 2004;8:65-9.
 38. Guttman N, Zimmerman DR. Low-income mothers' views on breastfeeding. Soc Sci Med. 2000;50(10):1457-73.
 39. 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.
 40. Ingram J, Johnson D., Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. Midwifery. 2002; 18:87-10.
- Recibido para evaluación: 23 de septiembre de 2016*
Aceptado para publicación: 15 de mayo de 2017

Correspondencia

Gloria Yaneth Pinzón Villate
Universidad Nacional de Colombia
Departamento de Nutrición Humana
Secretaría Distrital de Salud
gypinzonv@unal.edu.co

