

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

RESUMEN¹

Son conocidos los beneficios de la lactancia materna exclusiva a corto y mediano plazo en la salud y nutrición de la población infantil. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos internacionales y nacionales para promover su práctica, esta es reducida y está lejos de cumplir la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud de exclusividad hasta los 6 meses de edad.

La consejería en lactancia materna se ha propuesto como una estrategia efectiva para apoyar la práctica de la lactancia materna exclusiva, sin embargo, en Colombia al parecer los esfuerzos realizados no han podido consolidar una definición y metodología clara que conduzcan al aumento en la prevalencia de la lactancia materna exclusiva.

El propósito de esta investigación es comprender cómo debe realizarse la consejería en lactancia materna a partir de la experiencia de las mujeres que vivieron la consejería, para contribuir a mejorar la prevalencia del inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

Palabras Clave— lactancia materna exclusiva, consejería, recién nacido. (Tomadas de DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud)

I. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva (LME), entendida como la alimentación del niño con solo lactancia materna (LM), incluida la leche extraída, y no otros líquidos o sólidos, con excepción de gotas o jarabes conformados por vitaminas, suplementos minerales o medicinas [1], ha mostrado beneficios para la salud del hijo, en la

disminución del riesgo de morbilidad por diarrea, por infecciones de las vías respiratorias altas, principalmente otitis media así como disminución de la mortalidad asociada a estas enfermedades [2]-[16]. 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 de posparto. Además, a largo plazo, se ha reportado que las madres que amamantan, podrán tener menor riesgo de presentar cáncer de mama o cáncer de ovario [11]. De otra parte, esta práctica puede contribuir a la economía familiar [17].

Sin embargo, a pesar de las estrategias implementadas para promover y apoyar esta práctica, en Colombia el inicio temprano de la LM y la LME hasta los 6 meses no son prácticas generalizadas. Esto lo muestran los resultados de la ENSIN (Encuesta Nacional de Situación Nutricional) 2010 [18], donde se observó que el 57% de los bebés inició la LM en la primera hora de nacidos, y la mediana de la LME se redujo de 2.2 meses en el año 2005 a 1,8 meses en el año 2010 [19].

La consejería en LM fue propuesta desde 1994, por la Canadian Task Force en el Cuidado de la Salud Preventiva (CTFPHC) y por la American Task Force sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) como una iniciativa para promover la práctica de la LME durante los 6 primeros meses de vida [20], con base en la revisión de la evidencia de la efectividad de las intervenciones de promoción de la LM en el mundo, que muestra que las tasas y el tiempo de

Primer Autor: gypinzonv@unal.edu.co, estudiante del Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

Segundo Autor: mlalzatep@unal.edu.co, Profesora, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

Tercer Autor: gilma.olaya@javeriana.edu.co, Profesora Departamento de Nutrición y Bioquímica, Pontificia Universidad Javeriana.

duración de la LME aumentan cuando las mujeres reciben consejería en LM [21]-[24].

En Colombia ha habido un interés especial por planear y desarrollar acciones que promuevan, protejan y apoyen la LM, entre los que se destacan la implementación de los Planes Decenales de Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008 [25] y 2010-2020 [26], la Resolución 412 de 2000, expedida por el Ministerio de Salud, más recientemente la Guía de práctica clínica del recién nacido sano 2013 [27] y la Guía para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio 2013 [28]. Sin embargo, a pesar de que la consejería en LM parte de las acciones a realizar, no se define ni se establece con claridad cómo debe ser realizada.

Conocer la manera más adecuada de cómo debe realizarse la consejería en LME a partir de la experiencia de las mujeres que vivieron la consejería, posibilita fortalecer y orientar esta estrategia, así mismo reforzar y potenciar otras estrategias que promocionan la salud de la familia gestante, con la participación activa de la mujer como persona que decide lo mejor para ella y su hijo.

Además, sería posible lograr mayor eficacia en la prestación de los servicios de salud dirigidos a las gestantes y madres en lactancia, con el fin de favorecer y mejorar el inicio y mantenimiento de la LME hasta los seis meses.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia se implementó a inicios de los años 90s 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 que buscan asegurar el inicio y mantenimiento de la LM y se propone la consejería como parte fundamental.

En las instituciones 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, habilitadas para brindar atención materno infantil, tan solo 330 estaban acreditadas como IAMI, lo que equivale al 0.6% [29], y a la fecha únicamente Cundinamarca, Nariño, Boyacá, Huila y Bogotá, D.C. han reactivado la iniciativa. Lo que evidencia

una reducida implementación de esta iniciativa para promoción de la LM.

Como 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, su sentir, necesidades, expectativas, y su relación familiar y social, entre otros aspectos.

Adicionalmente, no se establece un consenso sobre la metodología de la consejería en cada uno de los tres momentos descritos en la literatura como esenciales: gestación, parto inmediato y egreso hospitalario [30]-[36], necesarios 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 [37], base de la formación en consejería, son generales y pueden ser abordados bien en la gestación o en el posparto.

En Colombia, la importancia de la consejería en LM 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 Consejería en LM, 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 consejería en LM. 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 del Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud, programa y asigna los recursos para la capacitación de los profesionales de la salud en consejería en LM 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. Sin embargo, a pesar de que la consejería se enuncia en tales guías, no se define ni se establece con claridad cómo debe ser realizada.

Y en cuanto a la formación en consejería, esta corre por cuenta de un número reducido de

profesionales de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), quienes dan —consejería personalizada a la mujer que lo necesita y forman en consejería a otros profesionales de la salud, pero en un tiempo muy por debajo al propuesto por la OMS para un curso de consejería, que debe ser mínimo de 35 horas.

Como resultado de estas problemáticas, en la actualidad, en nuestro medio, la consejería en LM se traduce en el desarrollo de actividades educativas, con énfasis en charlas magistrales dirigidas a grupos de madres y padres de familia y a la entrega de materiales educativos como folletos o plegables, orientadas por personal de salud (nutricionistas, enfermeras, médicos) algunos de ellos sin previa formación como consejeros en LM.

Igualmente, se generan situaciones como: falta de consenso en los conocimientos, debilidad en las técnicas de consejería, consejos contradictorios y actitud negativa de algunos consejeros, entre otros [38] que dificultan finalmente el acompañamiento que deben dar los profesionales de la salud a la gestante o madre en periodo de lactancia.

Es posible que el manejo de la consejería centrado en la fisiología de la glándula mamaria, limite la posibilidad de comprender las expectativas y necesidades de la mujer, impidiendo de esta manera el apoyo efectivo a la gestante o madre en periodo de lactancia para el inicio y duración de la LME hasta los seis meses.

De otro lado, la mayoría de los estudios que evalúan la efectividad de la consejería en LM no ofrecen un concepto explícito de consejería y se refieren a esta como asesoría, orientación o apoyo a través de pares [39]-[44]. Los paradigmas elegidos por los autores para guiar la mayoría de las evaluaciones de efectividad de la consejería en LM 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.

Los resultados observados con relación a la efectividad de la consejería en LME 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 prevalencia de LM ($p = 0,048$) [45].

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 [$P < 0,001$]) [46]. 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 ($P < 0,001$) [47].

Además, un estudio cuasiexperimental realizado en Santos, Brasil, encontró que las madres que dieron a luz en un hospital donde había consejería sobre LM, ofrecieron LME por 53 días más que las que dieron a luz en el hospital testigo, donde la consejería era escasa [48].

A nivel nacional hay limitada información relacionada con evaluaciones a intervenciones como la consejería en LM. 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 [49]-[54], 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.

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 [55], se puede observar que las habilidades que se pretenden desarrollar son aquellas —esenciales para todo profesional de la salud, como 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.

Con lo descrito anteriormente, es posible afirmar que la formación en consejería a los profesionales de la salud, quienes son las personas que están en contacto directo con la mujer desde la gestación (la cobertura de la atención prenatal y durante el parto en las instituciones de salud es del 92% [56] y de quienes se espera sean un apoyo importante en la

promoción de la LM, se limita al aspecto fisiológico de la lactancia, no brinda elementos necesarios para el acompañamiento a la mujer y no ofrece elementos para la atención en la gestación, momento importante en la toma de decisiones de la mujer para iniciar la lactancia y mantenerla de manera exclusiva hasta los seis meses.

Lo expuesto anteriormente deja ver vacíos en la consejería como apoyo para el inicio y mantenimiento de la LME, sobre la conceptualización de la consejería, y la o las maneras de realizarla de la forma más adecuada durante la gestación, parto inmediato y egreso hospitalario, a partir de la experiencia de quienes la reciben en nuestro medio y desde una mirada cualitativa.

Por lo tanto, se hace necesario conocer la vivencia de las madres quienes han sido beneficiarias de la consejería en LM en Bogotá, mediante un estudio que dé respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la experiencia de las mujeres que vivieron la consejería en lactancia en la ciudad de Bogotá?

III. METODOLOGÍA

La investigación se realizará en dos momentos. En el primero se realizará un estudio descriptivo transversal y en el segundo momento se desarrollará un estudio cualitativo.

Primer momento. Caracterización de la consejería en lactancia materna en Bogotá.

Mediante un estudio transversal descriptivo en instituciones de salud públicas y privadas de la ciudad de Bogotá, donde se realiza la consejería en LM. En este momento se recolectará información del personal de salud quienes imparten la consejería en LM en las instituciones de salud.

La muestra estará conformada por las 17 instituciones de salud pública y privadas que fueron certificadas como instituciones IAMI en Bogotá en el año 2014.

Para la selección de la muestra del personal de salud se tendrán en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Tener formación en consejería en LM según los lineamientos de la OMS y lo establecido o estandarizado para Colombia
2. Ser personal de la salud con dedicación mínima de tres meses como consejeros en LM.

3. Hacer parte de instituciones públicas y privadas certificadas como IAMI o de instituciones reconocidas a nivel distrital o nacional en el apoyo a consejería en LM.

Una vez recolectada la información, se elaborará una base de datos para el posterior análisis descriptivo (estadística descriptiva: promedios, frecuencias y porcentajes). Los resultados serán dados a conocer a las instituciones participantes.

Segundo momento. Experiencia de la consejería en lactancia materna. Corresponde a un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, donde se busca el acercamiento a la comprensión de las experiencias individuales subjetivas de las participantes, según los planteamientos de Edmund Husserl [57].

El procedimiento metodológico que se utilizará para estudiar las experiencias de la consejería que viven las madres que están lactando a sus hijos, será mediante la técnica de entrevista en profundidad. Además, se utilizará el diario de campo, en el cual se registrarán notas relacionadas con reflexiones de orden contextual, teórico, metodológico y vivencial por parte de la investigadora, las cuales ayudarán a la toma de decisiones durante el desarrollo del estudio y complementará los análisis de los datos cualitativos.

La selección de las madres se hará mediante la técnica de "muestreo teórico" [58], es decir, se elegirán a las primeras mujeres de instituciones de salud que hayan hecho seguimiento a la madre en lactancia hasta los 6 meses de edad del bebé y se analizará la información obtenida.

El tamaño de la muestra se alcanzará cuando haya saturación en la información, esto es, cuando la investigadora obtenga la misma información o similar y las participantes ya no indiquen algo diferente de lo ya dicho.

Para la selección de las madres, se tendrán en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Ser madre en lactancia con hijo entre 4 y 6 meses.
2. Haber recibido consejería en lactancia materna.
3. Ser primigestante.
4. Con hijo nacido a término (mayor a 37 semanas), peso al nacer mayor a 2500 g, sin patología crónica.
5. Ser mayor de 18 años.
6. Ser residente en la ciudad de Bogotá.

7. Perteneciente a estratos del 1 al 6.
8. Que acepte voluntariamente participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.

El criterio de exclusión que se tendrá en cuenta es:

- i) Madre con dificultad de escucha y comprensión.
- ii) Madre con hijo nacido por cesárea.
- iii) Madre con patología que requiera medicamentos.

De acuerdo con las respuestas de las madres se elaborarán categorías de variables que permitan la exploración a mayor profundidad en una nueva entrevista con la madre. Se realizará el mismo procedimiento de grabación y transcripción textual de las variables comunes que serán discutidas por las madres.

Consideraciones éticas.

Acogiendo la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos éticos: la información proporcionada por el personal de salud y las madres se usará única y exclusivamente para los propósitos señalados en el proyecto. La manipulación de la información será confidencial y estará a cargo de la investigadora. Esta investigación no constituye riesgo para el personal de salud ni para las madres por cuanto la técnica que se usará en la misma, no implica ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en la investigación. No obstante, para el segundo momento de la investigación, en caso de que la madre exprese sentimientos de dolor, exaltación o llanto, se detendrá la entrevista hasta que ella pueda continuar con la misma o se suspenderá si así lo manifiesta la mujer.

IV. RESULTADOS ESPERADOS

Se espera conocer la situación actual de la consejería en LME en las instituciones IAMI en la ciudad de Bogotá, desde el punto de vista de los profesionales de la salud y conocer el significado de la consejería en LM por parte de las mujeres que tuvieron esta experiencia.

Los resultados de la investigación serán dados a conocer a los participantes, y a las instituciones y participantes que hayan estado vinculadas a la investigación, mediante la socialización de los resultados y a la comunidad académica mediante presentaciones en eventos nacionales e

internacionales y la elaboración de artículos científicos.

V. IMPACTO DEL PROYECTO

Esta investigación pretende ofrecer información actual de la consejería en LME desde el punto de los profesionales de salud y madres beneficiarias, que será vital para la implementación y monitoreo de las estrategias de promoción y apoyo a la LM, la cual pretende fortalecer la política pública relacionada con la población materno infantil, pues aportará elementos a los tomadores de decisión sobre cómo debe realizarse la consejería en LM como estrategia de protección para madres e infantes.

De igual manera, el aporte importante es lograr una aproximación sobre la consejería en LME, lo que impactará a las instituciones de salud públicas y privadas responsables de brindar la consejería en LM en el Distrito Capital. Igualmente a los profesionales del área de la salud y social, a la mujer gestante, a las madres que lactan a sus hijos y a los menores de 6 meses de edad.

REFERENCIAS

- [1] WHO. Indicators for assessing breast-feeding practices. Geneva, Switzerland. 1991.
- [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, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding. Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001; 285:413–20.
- [5] Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CD. Protective effect of breastfeeding against infection. *BMJ*. 1990; 300:11–16.
- [6] 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.
- [7] 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:N3.
- [8] Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Taussig LM. Exclusive breast

- feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics*. 1993; 91:867–72.
- [9] 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.
- [10] Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatri 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 Ch, Luan Martín MA. Cuantificación de los beneficios de la Lactancia Materna: reseña de la evidencia. Washington, DC: OPS. 2002:13-15.
- [12] Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess*. 2007; 153:1–186.
- [13] Abdel Razek A, Az El-Dein N. Effect of breast-feeding on pain relief during infant immunization injections. *International Journal of Nursing Practice*. 2009; 15:99–104.
- [14] 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; 30:155–62.
- [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, Bahl, Martines, Victora. OMS. Evidencie on the long term effects of breastfeeding. System Reviews and meta-analyses. Geneva. OMS 2007.
- [17] Weimer JP. The economic benefits of breastfeeding. *Food Review*. 2001; 24: 23.
- [18] Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 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.
- [19] Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia, Bogotá; noviembre 2005.
- [20] Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80(5 Supl):S126-130.
- [21] 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.
- [22] 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; 353:1226–1231.
- [23] 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.
- [24] 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.
- [25] Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Ministerio de la Salud. Plan Decenal para la Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008. Santa Fe de Bogotá: Carrera 7, 1998.
- [26] Ministerio de Salud, ICBF, UNICEF, PMA. Plan Decenal de Lactancia Materna Compromiso de todos. 2010-2020, Colombia; 2010.
- [27] Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias. Guía de práctica clínica del recién nacido sano. 2013 Guía No. 2. Bogotá, Colombia, Abril de 2013.
- [28] 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, Colombia, Abril de 2013.
- [29] 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. 2013. Disponible: file:///C:/Documents%20and%20Settings/equipo/Mis%20documentos/Downloads/AvancesRetosColombia.pdf.
- [30] 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.
- [31] 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.
- [32] 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.

- [33] 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.
- [34] 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.
- [35] 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.
- [36] 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.
- [37] OMS/OPS/UNICEF. Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. 2009.
- [38] Laanterä 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.
- [39] Hannula I, Kaunonen M, Tarkka MT. Journal of Clinical Nursing. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. 2008; 17: 1132-43.
- [40] 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.
- [41] 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.
- [42] 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.
- [43] 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.
- [44] 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.
- [45] 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.
- [46] 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; 353:1226-31.
- [47] 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.
- [48] 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.
- [49] 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.
- [50] 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.
- [51] 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.
- [52] 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.
- [53] 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.
- [54] 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.
- [55] 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. OMS. 2010.
- [56] Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010. PROFAMILIA. Bogotá; febrero 2011. Disponible: <http://www.slideshare.net/farteagas/ends-2010->

profamilia-encuesta-nacional-de-demografa-salud-colombia.

[57] Núñez-Ravelo F. La Fenomenología: Epistemológica u Ontológica, de Husserl a Heidegger CONHISREMI, Revista Universitaria de Investigación y Diálogo Académico. 2012; 8:3.

[58] Krause M. La investigación cualitativa - Un campo de posibilidades y desafíos. Revista Temas de Educación, N° 7, Año 1995, ISSN 0716-7423.