

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.51672>**La consejería en lactancia materna exclusiva: de la teoría a la práctica***Counseling in Exclusive Breastfeeding: From Theory to Practice*Gloria Yaneth Pinzón-Villate¹ • Martha Lucía Alzate-Posada² • Gilma Aurora Olaya-Vega³

Recibido: 03/07/2015 Aceptado: 09/09/2015

¹ Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Medicina - Departamento de Nutrición Humana - Bogotá, D.C. - Colombia.² Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Enfermería - Departamento de Salud de Colectivos - Bogotá, D.C. - Colombia.³ Pontificia Universidad Javeriana - Facultad de Ciencias - Departamento de Nutrición y Bioquímica - Bogotá, D.C. - Colombia.Correspondencia: Gloria Yaneth Pinzón-Villate. Departamento de Nutrición Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 No. 45-03, edificio 471, oficina 533. Teléfono: +57 1 3165000, extensión: 15115. Bogotá, D.C. Colombia. Correo electrónico: gypinzonv@unal.edu.co.

| Resumen |

Son reconocidos los beneficios de la lactancia materna en la salud del binomio madre-hijo; sin embargo, pese a las estrategias para promover su práctica, esta sigue siendo corta. La Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia 2010 reportó una prevalencia de lactancia materna exclusiva del 42.8%, cifra que aún está lejos de cumplir la meta establecida por la Organización Mundial de la Salud de exclusividad hasta los seis meses de edad y complementaria hasta los dos años.

En los últimos 20 años se han puesto en marcha intervenciones como la consejería en lactancia materna. En Colombia, la formación del personal de salud en este tema inició a principios de los años 90; pero, en la actualidad, existen varias dificultades para llevar a la práctica la consejería en lactancia en mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia en las diferentes instituciones de salud del país. Como consecuencia, la consejería se enfoca en apoyar a la mujer en las dificultades que se presentan en el acto de amamantar desde el aspecto fisiológico, sin centrarse en la mujer.

El conocimiento de las bases teóricas de la consejería permite orientar el acompañamiento a la madre para promover el inicio de la lactancia materna y la exclusividad hasta los seis meses de edad. Del mismo modo, es necesario tener en cuenta los retos que conlleva el pasar de la teoría a la práctica en el contexto colombiano.

Palabras clave: Lactancia materna; Consejo; Recién nacido (DeCS).

Pinzón-Villate GY, Alzate-Posada ML, Olaya-Vega GA. La consejería en lactancia materna exclusiva: de la teoría a la práctica. Rev. Fac. Med. 2016;64(2):285-93. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.51672>.

Abstract

The benefits of breastfeeding in terms of health for both mother and child are well known. However, despite the different strategies to promote its practice, breastfeeding practice still remains low. In Colombia, the 2010 ENSIN (Spanish acronym for National Survey on Nutritional Status) reported an exclusive breastfeeding prevalence of 42.8%, an amount still far from achieving the target set by the World Health Organization on breastfeeding exclusivity until the child is six months old and complementary breastfeeding up to two years old.

During the last 20 years interventions such as breastfeeding counseling have been set in motion. In Colombia, training of health personnel in breastfeeding counseling began in the early 90s, somehow, currently there are several difficulties to implement breastfeeding counseling in pregnant women and mothers in breastfeeding stage attending health institutions in the country. As a result, counseling focuses on supporting women regarding the difficulties that arise when breastfeeding from the physiological aspect, but it does not focus on women at all.

Knowledge on counseling theoretical bases allows orienting the mother to promote breastfeeding and its exclusivity in children until they are six years old. Likewise, it is necessary to take into account the challenges that arise when moving from theory to practice in the Colombian context.

Keywords: Breastfeeding; Counseling; Newborn (MeSH).

.....
Pinzón-Villate GY, Alzate-Posada ML, Olaya-Vega GA. [Counseling in Exclusive Breastfeeding: From Theory to Practice]. *Rev. Fac. Med.* 2016;64(2):285-93. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.51672>.

Introducción

Son reconocidos los beneficios de la lactancia materna (LM) y la lactancia materna exclusiva (LME) para la salud del niño, de la madre, de la familia y de la sociedad. El niño, específicamente, se ve beneficiado en la disminución del riesgo de morbilidad y mortalidad por diarrea y por infecciones de las vías respiratorias altas, principalmente otitis media (1-16). A pesar de las estrategias implementadas para promover y apoyar la práctica, el inicio temprano de la LM y la LME hasta los seis meses no son prácticas generalizadas en Colombia; esto lo muestran los resultados de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) 2010 (17), 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 a 1.8 meses con respecto al año 2005 (18).

La consejería en LM se ha propuesto como una iniciativa para promover la práctica de la LME durante los seis primeros meses de vida y es recomendada desde 1994 (19) con base en la revisión de la evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones de promoción de esta práctica en el mundo, donde se muestra que las tasas y el tiempo de duración de la LM aumentan cuando las mujeres reciben consejería al respecto (20-23).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) lideran la formación en consejería en lactancia materna exclusiva como una estrategia global para garantizar la alimentación apropiada de los niños en el mundo.

En Colombia, la formación en consejería inició en el año 1995 con base en los lineamientos de la OMS (24) y actualmente la formación se fundamenta en el curso de consejería para la alimentación del lactante y del niño pequeño, también propuesto por la OMS en el año 2009 (25). Sin embargo, en estos lineamientos no se define claramente qué es, ni cómo debe ser la consejería en LME; las sesiones

prácticas están más enfocadas a reforzar la adquisición del conocimiento que a desarrollar habilidades y destrezas en la consejería en LME; igualmente, están dirigidos a dar respuesta a las inquietudes o dificultades que se presentan en el acto de amamantar desde un enfoque centrado más en la fisiología de la lactancia.

Se han elaborado normas y propuesto estrategias que incluyen la consejería en LM como una de las actividades requeridas para la atención en salud de las mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia (26-29); en este caso específico tampoco se dispone de una definición clara ni se establece con precisión cómo debe llevarse a cabo.

Desde la perspectiva del personal de la salud y pese a que existe la posibilidad del contacto directo y permanente con las mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia durante la atención prenatal y la atención del parto (30), en la práctica se evidencia una ruptura en la realización de la consejería en LM, provocado en gran medida por el funcionamiento del actual sistema de salud colombiano.

De otra parte, en la academia, donde se debe cumplir con la formación de los profesionales de la salud y del área social, se ha encontrado que “no existe un espacio dentro del currículo educativo para posicionar el tema de lactancia materna” (31), ni mucho menos el de la consejería en LME, por lo que resulta inevitable que se presenten dificultades al llevar a cabo la práctica de la consejería en LM y se pierdan oportunidades de aportar al cumplimiento de las metas y objetivos prioritarios en salud pública; estas metas y objetivos son contemplados en las normas e iniciativas que buscan mejores condiciones de vida para la población materno infantil.

Teniendo en cuenta los diferentes roles que desempeña la mujer en la actualidad, existe ruptura entre la teoría y la práctica de la consejería en LME a nivel del entorno familiar y comunitario, dado por el poco acompañamiento que se da a las madres para facilitar esta práctica. Adicional a la falta de consenso en la forma como se realiza la consejería en LM, se agregan los “mitos desfavorecedores de la LM en la comunidad” (31) que limitan la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Afirmaciones que requieren ser investigadas en un futuro.

La comprensión de las bases teóricas de la consejería permitiría aproximarse a un consenso sobre cómo llevar a la práctica la consejería en LME, lo cual a su vez favorecería un acercamiento más efectivo a las mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia; de esta manera, se podría constituir en una estrategia real en la promoción de la LME hasta los seis meses.

Por tanto, la presente revisión de literatura tiene como objetivo exponer las bases teóricas de la consejería para reflexionar sobre los retos que implica abordar estas bases conceptuales en la práctica cotidiana de la consejería en lactancia materna en el contexto colombiano.

Contexto de la consejería en lactancia materna exclusiva

En Colombia, en el año 2011, el Ministerio de la Protección Social asumió el compromiso de incluir la consejería en lactancia materna como parte de las actividades obligatorias de la atención en salud a mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia de todas las empresas promotoras de salud, entidades territoriales, hospitales y clínicas; lo cual, dado el reducido número de personal de salud capacitado en el tema, constituye un reto.

La formación en consejería en lactancia materna fue financiada desde sus inicios, en los años 90, por el Ministerio de Salud y Protección Social y ha estado a cargo principalmente de profesionales de la salud del Centro de Capacitación en LM del Hospital Occidente de Kennedy y del Centro de Estudios e Investigación en Salud (CEIS) de la Fundación Santa Fe de Bogotá, centros reconocidos por la formación en este tema pero que resultan insuficientes para capacitar al personal de salud de todo el país. En Bogotá, D.C., la formación en consejería es responsabilidad de un número reducido de profesionales de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), quienes instruyen a otros profesionales de la salud en un tiempo limitado que está por debajo al propuesto por la OMS —mínimo 35 horas— para un curso de consejería; del mismo modo, estos profesionales brindan “consejería personalizada” a la mujer que lo necesita.

En Colombia se cuenta con profesionales de la Liga de Leche que hacen consejería mediante grupos de apoyo y atención personalizada, sin embargo este acompañamiento no se hace extensivo a todas las madres gestantes y lactantes del país. Igualmente, es posible contar con los grupos de apoyo a la lactancia materna que hacen parte de las Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI), pero este apoyo es reducido debido a su baja implementación. Es así como, para el año 2009, de 51430 instituciones de salud —públicas y privadas— habilitadas para brindar atención materno infantil, tan solo 330 estaban acreditadas como IAMI, lo que equivale al 0.06% (32); a la fecha, únicamente Cundinamarca, Nariño, Boyacá, Huila y Bogotá, D.C. han activado la estrategia.

En la actualidad, la consejería en LME se traduce en el desarrollo de una serie de actividades educativas, básicamente

charlas magistrales dirigidas a grupos de madres y padres de familia, acompañadas de la entrega de material educativo como folletos o plegables. Estas actividades están orientadas por personal de salud —nutricionistas, enfermeras, médicos, auxiliares de enfermería—, algunos de ellos sin previa formación como consejeros en LME.

Conocer las bases teóricas y la fundamentación práctica de la consejería permite acercarse a un concepto mucho más concreto, integral y operacional que posibilita fortalecer y orientar esta estrategia y así mismo reforzar y potenciar otras estrategias que promueven la salud de la familia gestante, todo esto con la participación activa de la mujer como persona que decide lo mejor para ella y su hijo bajo un conocimiento informado.

Concepto de consejería

Según Troian-Zen, el término consejería ha sido usado en conexión con varias situaciones 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” (33, p55).

La American Counseling Association (ACA) definió en 2010 la consejería como “Una relación profesional que apodera a personas diversas, familias y grupos para lograr la salud mental, el bienestar, la educación y las metas ocupacionales” (34, p123). 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, detallar y brindar información adicional sobre la especialidad en particular (34).

La consejería es un concepto dinámico y adaptable a distintas situaciones o circunstancias de un individuo o grupo de individuos para lograr fines determinados como, en este caso, 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 un uso indistinto entre ‘consejería’ y ‘psicoterapia’ que imposibilita hacer una clara distinción entre ellas. Para

Patterson, “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” (35). Tanto así, que hay autores que consideran que no hay diferencias esenciales entre una y la otra (35,36).

En este sentido, Sharf 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” (36).

En el caso concreto de la consejería en lactancia materna, en las diversas investigaciones (37-42) se identifica que tanto los términos utilizados como las estrategias de consejería varían según el contexto cultural, el momento de la publicación y la interacción entre los profesionales de salud y los cuidadores (43). Según la OMS,

“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” (44).

De acuerdo con Laanterä *et al.*, consejería en lactancia materna

“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” (43, p73).

Este último concepto abarca el aspecto teórico y práctico de la consejería en LM, pero no contempla el propósito de la consejería hacia la mujer en la práctica ni el manejo de la misma 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.

Fundamentos teóricos de la consejería

La consejería surge como profesión de ayuda y como servicio cuando en 1908 Parsons 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 (34).

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 se ha dado un marcado aumento en el número de teorías que los terapeutas han desarrollado para ayudar a las personas con disfunciones psicológicas. Actualmente, la amplia base teórica y empírica de la consejería reconoce más de 400 modelos, aunque solo se estudian los más conocidos (36).

Los modelos teóricos iniciaron con las teorías psicoanalíticas-pscodinámicas de perspectiva intrasíquica en torno a la visualización de los problemas que enfrenta el ser humano y que se establecen en la infancia. La tarea del profesional de la consejería es, entonces, ayudar al cliente a descubrir cómo el pasado interviene con el presente.

Los máximos exponentes de la teoría del psicoanálisis son Sigmund Freud, fundador de la teoría, y Erik Erikson. También dentro de las teorías psicoanalíticas-pscodinámicas se encuentran la psicología individual representada por Alfred Adler, la teoría analítica de Carl Gustav Jung y la psicología del ego de Karen Horney (34).

Surge luego la teoría conductista que, en sus inicios, 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; esta pone énfasis en la conducta medible y del ambiente. Para la década de los 60, se hace énfasis en procesos internos como el pensamiento, por lo que se mueve a cognitiva-conductual (34).

Los terapeutas cognitivos utilizan un método estructurado para ayudar a sus clientes a comprender sus propios sistemas de creencias. Así mismo, hacen uso de estrategias afectivas y conductuales (36).

Algunas teorías destacadas son el condicionamiento clásico de Iván Pavlov, el condicionamiento operante de B. F. Skinner y la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura; dentro de la teoría cognitiva-conductual también se encuentran Meichebaum, D’Zurilla, Ellis, Beck, Glasser, entre otros.

El aspecto común en estas teorías es el manejo de la persona como paciente, bajo una orientación conductual por parte de un terapeuta quien se constituye el eje de la relación en la consejería, centrado más hacia la identificación de problemas y menos a la educación y orientación para la toma de decisiones.

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; además, comprender a la persona conlleva percibir su mundo a través de sus ojos, es decir, entrar y “vagar” en forma cómoda por su mundo sin juzgarlo (34).

El enfoque existencial se destaca en este modelo con sus máximos exponentes Frankl, May, Yalom, Maslow, Buber, Camus, Sartre, Tillich, Nietzsche, Kierkegaard, entre otros.

También sobresalen la teoría Gestalt de Fritz Perls y la teoría centrada en la persona de Carl Rogers. Esta última enfatiza la relación de ayuda y 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 (45).

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 como la centrada en soluciones, la constructiva personal y la narrativa—. Otros modelos que se destacan son el multimodal de Lazarus, el transpersonal de Maslow, Wilber y Assagioli y el feminista de Gilligan.

Del mismo modo, existe una propuesta de integración de los modelos teóricos, lo que Prochaska y Norcross, citados por Rosado (34), llamaron un modelo transteórico de terapia en contraposición a seguir creando nuevos paradigmas ante la multiplicidad de enfoques existentes. Este modelo intenta comprender qué, cómo, cuándo y por qué cambian las personas mediante el desarrollo de estadios, procesos y niveles.

De los modelos teóricos presentados anteriormente, se destaca la teoría centrada en la persona de Carl Rogers por considerarse que puede constituir la base teórica para una conceptualización de consejería en LME y que puede ser llevada a la práctica.

Esta teoría presenta una serie de principios que es posible adaptar al acompañamiento de 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 esta teoría, las personas poseen, en potencia, la capacidad de resolver por sí mismas sus dificultades si se les proporciona una oportunidad y atmosfera adecuadas, es decir, ayuda (33). En el caso de la gestante, es importante el acompañamiento y apoyo del compañero, la madre o un familiar cercano y/o del profesional de salud (48-50) para que la mujer se motive y planee el inicio de la lactancia y su mantenimiento hasta los seis meses.

En el caso de la mujer en periodo de lactancia que ha recibido el acompañamiento y apoyo requerido durante la gestación y durante el parto inmediato, se espera que tenga el conocimiento, la seguridad y la confianza en sí misma para exigir el inicio temprano —dentro de la primera hora posparto— de la lactancia (46,48,51,52) y, al egreso hospitalario, podrá mantener la LME hasta los seis meses y continuarla con alimentación complementaria hasta los dos años o más, a pesar de las dificultades que se le presenten como la incorporación al estudio y al trabajo, la publicidad de sucedáneos de la LM, la opinión desfavorable de algunas personas a su alrededor, entre otras (46,48,51,53,57).

La teoría de Rogers desarrolla las actitudes facilitadoras; aquí el psicoterapeuta debe tener tres condiciones para que ocurra el crecimiento del cliente. Estas condiciones son empatía, aceptación positiva incondicional y congruencia, las cuales son necesarias y suficientes para que ocurra un cambio constructivo de personalidad. Aunque ningún psicoterapeuta tiene estas características en grado extremo, se deben establecer como características ideales (35).

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’” (35, p477).

La *aceptación positiva incondicional* consiste en el respeto incondicional, 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” (35).

La *congruencia o autenticidad* es descrita como el grado de correspondencia entre la experiencia del terapeuta y lo que comunica al 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 y no representa ningún papel (33,45,47).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, es posible que los principios de la teoría centrada en la persona se constituyan en la fundamentación teórica y práctica de la consejería para promover la lactancia materna exclusiva en los tres momentos: gestación, parto inmediato y egreso hospitalario.

Retos para pasar de la teoría a la práctica en la consejería en LME

El acercamiento a los fundamentos teóricos de la consejería, y en especial el conocimiento de las orientaciones de la teoría centrada en la persona, suscita varias reflexiones del reto que representa el pasar de la teoría a la práctica de la consejería en LME en el contexto colombiano, esto teniendo en cuenta a las madres, los tomadores de decisión, los profesionales del área de la salud y área social y la academia.

Desde las madres, el reto de pasar los elementos teóricos a la práctica implica desarrollar las habilidades para acompañarlas, teniendo en cuenta las situaciones que estas mujeres experimentan a diario; por ejemplo la exposición permanente a la publicidad de sucedáneos de la LM, que permea cada vez con más fuerza los hogares de los colombianos y aprovecha el terreno fértil que le permiten la actitud de desconfianza e inseguridad de la madre hacia la lactancia y la angustia que les genera el pensar que el niño se va a “desnutrir” o “quedar con hambre” (47,50,51,53,58-61). Se afirma que tener sensación de suficiente leche cuando la madre va a ser dada de alta puede influir positivamente en el ánimo y motivación para lactar, lo que puede mejorar su práctica (51).

Por parte de los tomadores de decisión, si bien el país cuenta con normas y estrategias que promueven la consejería en LM en las actividades obligatorias de la atención en salud de las mujeres gestantes y madres en lactancia, en la práctica se presentan limitaciones para el cumplimiento eficaz de la consejería en LME. Además, hay “ausencia de evaluaciones de impacto, resultados y proceso de las acciones desarrolladas en el país en pro de la LM” (31), entre ellas la falta de seguimiento a los profesionales formados en consejería en lactancia materna como parte de su proceso formativo.

En relación con los profesionales del área de la salud y del área social, y de acuerdo con la teoría centrada en la persona, se presentan algunos desafíos al poner en práctica las habilidades, destrezas y actitudes requeridas en un consejero; esto teniendo en cuenta la deficiente formación en consejería en LM con

énfasis en LME, la falta de interés hacia la consejería en LM (43,49,50), la poca disponibilidad de tiempo para la consejería, el limitado recurso humano (43), entre otros.

De esta reflexión surgen algunos planteamientos que requieren ser analizados con mayor detenimiento: ¿La formación en consejería en LME será condición necesaria y suficiente para que los profesionales tengan una actitud positiva hacia la consejería y para que desarrollen las habilidades requeridas en un consejero, tal como lo establece la teoría de Rogers?, ¿la capacidad de aceptar al otro es una actitud que se desarrolla únicamente a través de la experiencia de vida?, ¿qué elementos se deben incluir dentro del pensum académico para que los futuros profesionales puedan desempeñarse como consejeros en LME, teniendo en cuenta las habilidades facilitadoras que propone Rogers?, ¿es el reducido tiempo del profesional de la salud el que le impide hacer la consejería en LM? y si existe esta dificultad ¿es posible una forma de consejería no individual en el que la mujer siga siendo el propósito central para iniciar la lactancia y continuar con la LME hasta los seis meses? Cuestionamientos que requieren ser explorados y respondidos en investigaciones futuras.

Igualmente, dado que la consejería suele relacionarse con educación magistral, charlas o conferencias donde se distribuye material educativo como complemento de esta o de manera aislada (31), surge la necesidad de proponer una consejería en LME diferencial para cada uno de los tres momentos descritos en la literatura: gestación, parto inmediato y egreso hospitalario (46,48,51-53,58,62), pues esto podría generar efecto en el mediano y largo plazo de la práctica de LME hasta los seis meses y favorecería la práctica de la LM con la alimentación complementaria hasta los dos años y más.

Para que el cambio ocurra se requiere de la implementación de estrategias que favorezcan el desarrollo de la consejería en lactancia materna desde la formación académica al respecto, de la apropiación de espacios y de tiempo a los profesionales responsables, además de desarrollo de material educativo validado que instruya al personal de salud y social, de manera que se lleve a la práctica una consejería en LME centrada en la mujer; esto a fin de que las madres adquieran la confianza y seguridad necesaria durante la gestación y en el periodo de lactancia y a su vez se logre el objetivo de iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad del niño.

Son muchos los elementos como los anteriormente mencionados que deben ser abordados desde una consejería asertiva y centrada en la mujer.

Este artículo es producto del proyecto de tesis doctoral, de la primera autora, “Experiencia de la consejería en el apoyo para

el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad”, correspondiente a la revisión de literatura para el marco teórico conceptual y el examen de calificación como estudiante del Doctorado en Salud Pública en la Universidad Nacional de Colombia. (63).

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autoras.

Financiación

Ninguna declarada por las autoras.

Agradecimientos

A Luisa Fernanda Tobar Vargas, docente del Departamento de Nutrición y Bioquímica de la Pontificia Universidad Javeriana, y a Gloria Ochoa Parra, Nutricionista, Consultora en Nutrición y Coordinadora para Colombia de la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN), por sus aportes en el 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.

Referencias

1. **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(Suppl 3): S15. <http://doi.org/bc454b>.
2. **De Zoysa I, Rea M, Martínez J.** Why promote breastfeeding in diarrhoeal disease control programmes? *Health Policy Plan.* 1991;6(4):371-9. <http://doi.org/d5fnjr>.
3. **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(4):413-20. <http://doi.org/dr2b2fx>.
4. **Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA, Clark A, Florey CD.** Protective effect of breast feeding against infection. *BMJ.* 1990;300(6716):11-16.
5. **Kramer MS, Kakuma R.** Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012;8:CD003517. <http://doi.org/bfgc>.
6. **De la Vega-Pañitková T, Pérez-Martínez VT, Bezos-Martínez L.** La lactancia materna y su influencia en el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 2010;26(3):483-9.
7. **Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martínez FD, Tausig LM.** Exclusive breast feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics.* 1993;91(5):867-72.
8. **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(3):e380-6. <http://doi.org/cpbtrw>.
9. **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(3):599-603.
10. **León-Cava N, Lutter Ch, Luan-Martín MA.** Cuantificación de los beneficios de la Lactancia Materna: reseña de la evidencia. Washington, D.C.: OPS; 2002.
11. **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.
12. **Abdel Razek A, Az El-Dein N.** Effect of breast-feeding on pain relief during infant immunization injections. *Int. J. Nurs. Pract.* 2009;15(2):99-104. <http://doi.org/d4rgbs>.
13. **Stuebe AM, Schwarz EB.** The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. *J. Perinatol.* 2010;30(3):155-62. <http://doi.org/cjc86d>.
14. **Kramer M, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, et al.** Breastfeeding and Child Cognitive Development: New Evidence From a Large Randomized Trial. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2008;65(5):578-84. <http://doi.org/c3djbk>.
15. **Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG.** Evidencie on the long-term effects of breastfeeding. *System Reviews and meta-analyses.* Geneva: OMS; 2007.
16. **Weimer JP.** The economic benefits of breastfeeding: A Review and Analysis. Washington, D.C.: Food Assistance and Nutrition Research Report No. 13; 2001.
17. **Fonseca-Centeno Z, Heredia-Vargas AP, Ocampo-Téllez R, Forero-Torres Y, Sarmiento-Dueñas OL, Álvarez-Urbe MC, et al.** Lactancia materna y alimentación complementaria. In: Matallana-Torres H, editor. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 - ENSIN. Bogotá, D.C.: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2011.
18. **Ojeda G, Ordóñez M, Ochoa LH.** Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá, D.C.: Profamilia; 2005.
19. **Bueno LGS, Teruya KM.** Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J. Pediatr. (Rio J).* 2004;80(Suppl 5):S126-130. <http://doi.org/ds6kw5>.
20. **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(9):e45143. <http://doi.org/bfgk>.
21. **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(9160):1226-1231. <http://doi.org/dr4gc6>.
22. **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 lowincome women in Brazil. *Am. J. Public Health.* 1997;87(4):659-63. <http://doi.org/dxk5bz>.
23. **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(9242):1643-47. <http://doi.org/dbxzb>.
24. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación. Guía del Capacitador*. Ginebra: OMS, OPS, Unicef; 1993.
 25. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Consejería para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Guía del Facilitador*. Ginebra: OMS, OPS, Unicef; 2009.
 26. Ministerio de la Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. *Plan Decenal para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008*. Bogotá, D.C.: MinSalud; 1998.
 27. Ministerio de Salud y la Protección Social, Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020*. Bogotá, D.C.: MinSalud, PMA, Unicef; 2010.
 28. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. *Guía de práctica clínica del recién nacido sano*. Bogotá, D.C.: Guía para profesionales de la salud No. 2; 2013.
 29. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. *Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio*. Bogotá, D.C.: Guías para uso de profesionales de salud No. 11-15; 2013.
 30. **Ojeda G, Ordóñez M, Ochoa LH**. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010. Bogotá, D.C.: Profamilia; 2011.
 31. S&P Salud y Protección Social Consultores. *Evaluación Plan Decenal Lactancia materna 1998-2008. Resultados de evaluación*. Bogotá, D.C.: MinSalud; 2010.
 32. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. *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.: OPS; 2013.
 33. **Troian-Zen E**. Principípios do Aconselhamento Aplicados ao Assistir em Amamentação na perspectiva dos profissionais de Saúde. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandez Figueira Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
 34. **Rosado-Pacheco CM**. Dimensiones y reflexiones en torno a la Consejería. *Cuaderno de Investigación en la Educación*. 2011;26:113-131.
 35. **Patterson CH**. *Terapia Centrada en el Cliente*. In: Teorías del Counseling y Psicoterapia. 2nd ed. Bilbao: Desclee de Brouwer; 1978.
 36. **Sharf RS**. *Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts and Cases*. 5th ed. Belmont: Brooks/Cole Cengage Learning; 2010.
 37. **Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT**. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J. Clin. Nurs*. 2008;17(9):1132-43. <http://doi.org/fhcfnx>.
 38. **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(9160):1226-31. <http://doi.org/dr4gc6>.
 39. **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(9):897-902. <http://doi.org/fq75kt>.
 40. **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(1):21-8.
 41. **Chung M, Raman G, Trikalinos T, Lau J, Ip S**. Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann. Intern. Med*. 2008;149(8):565-82. <http://doi.org/bhnj>.
 42. **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(4):326-43. <http://doi.org/bdfh4x>.
 43. **Laantera S, Pölkki T, Pietilä AM**. A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counselling. *Int. J. Nurs. Pract*. 2011;17(1):72-84. <http://doi.org/cbbqvp>.
 44. World Health Organization, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Breastfeeding counselling: A training course. Director's guide*. WHO; 1993 [cited 2014 Apr 9]. Available from: <http://goo.gl/h8J4PN>.
 45. **Sampaio-Pequeno C, Moreira-de Macêdo S, Corrêa-Lima K**. Aconselhamento em HIV/AIDS: pressupostos teóricos para uma prática clínica fundamentada. *Rev. Bras. Enferm*. 2013; 66(3):437-41. <http://doi.org/bfg8>.
 46. **Díaz CE, López R, Herrera I, Arena D, Giraldo C, González L**. Factors associated with breastfeeding in children less than one year of age in the city of Cartagena, Colombia. *Colomb. Med*. 2011;42:26-34.
 47. **Moreira V**. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia Campinas* 2010;27(4):537-544.
 48. **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;9(19):124-137.
 49. **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]. Murcia: Universidad de Murcia; 2010.
 50. **Thuiler D, Mercer J**. Variables associated with breastfeeding duration. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs*. 2009;38(3):259-68. <http://doi.org/cx24pp>.
 51. **Rius-Peris JM**. Factores asociados al inicio y al abandono precoz de la lactancia materna. [Tesis Doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2011.
 52. **Cabrera G, Carvajal R, Mateus S, Julio C**. Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia. Universidad de Antioquia Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2003;21(1):27-41.
 53. **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(1):43-52. <http://doi.org/bkk6dg>.

54. **Ingram J, Johnson D.** Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery*. 2002;18(2):87-101. <http://doi.org/fv5tbq>.
55. **Rodríguez-García J, Acosta-Ramírez N.** Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en población pobre de áreas urbanas de Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2008;10(1):71-84. <http://doi.org/ck39dr>.
56. **Osorio-Castaño JH, Botero-Ortiz BE.** Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding. *Invest. Educ. Enferm*. 2012;30:390-7.
57. **Johnston ML, Esposito N.** Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs*. 2007;36(1):9-20. <http://doi.org/b79dzc>.
58. **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.
59. **Li R, Fein SB, Grummer-Strawn LM.** Association of breastfeeding intensity and bottle-emptying behaviors at early infancy with infants' risk for excess weight at late infancy. *Pediatrics*. 2008;122(Suppl 2):S77-84. <http://doi.org/d2k8xr>.
60. **Avalos-González MM.** Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr*. 2011;27(3):323-31.
61. **Salazar K, Schwarts J, Pontiles M, Guevara H.** Causas del abandono de la lactancia materna. *Informe Médico*. 2008;10(11):35-41.
62. **Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H.** Breastfeeding rates and duration in Germany: A Bavarian cohort study. *Br. J. Nutr*: 2008;99(5):1127-32. <http://doi.org/dgc2zb>.