

Percepciones y experiencias de usuarias sobre las limitaciones sanitarias para la promoción de lactancia materna

Perceptions and experiences of users about health limitations for the promotion of breastfeeding

Yesica Y. Rangel-Flores, Ulises Martínez-Plascencia
y Estela Rodríguez-Martínez

Recibido 15 febrero 2017 / Enviado para modificación 14 octubre 2017 / Aceptado 3 febrero 2018

RESUMEN

YR: Lic. Enfermería. M. Sc. Ciencias de Enfermería. Ph. D. Ciencias Sociales. Facultad de Enfermería y Nutrición. San Luis Potosí, México. yrangelmaestria@hotmail.com

UM: Lic. Enfermería. M. Sc. Salud Pública. Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. pepenc59@hotmail.com

ER: Lic. Enfermería. M. Sc. Salud Pública. Facultad de Enfermería y Nutrición. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. erodriguez@uaslp.mx

Objetivo Comprender las percepciones y experiencias que usuarias de distintos servicios de salud han desarrollado respecto a las limitaciones sanitarias para la promoción de la Lactancia Materna.

Metodología Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico. Se aplicaron entrevistas en profundidad a 12 madres que habitan en una comunidad clasificada con alto nivel de marginación en San Luis Potosí, México, cuyos partos fueron atendidos en servicios de salud públicos, privados y de seguridad social. Se realizó análisis fenomenológico sobre las entrevistas transcritas en totalidad.

Resultados Con independencia del tipo de atención sanitaria, las mujeres reciben poca capacitación para la lactancia durante la etapa prenatal y la mayor parte de esta ocurre de manera impersonal. La mayoría narra experiencias de exigencia y juzgamiento, más que de consejería, por parte del personal de salud.

Conclusión La lactancia materna es contemplada como derivada de una decisión personal e individual, en la que no impacta la consejería del personal sanitario. Es necesario impulsar procesos de capacitación y sensibilización dirigidos a fortalecer las habilidades de acompañamiento para la Lactancia Materna en el personal de salud, con el fin de ejercer la función de consejería de manera asertiva.

Palabras Clave: Lactancia; lactancia materna; conducta en lactancia; evaluación de proyectos y programas de salud; investigación cualitativa (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To understand the perceptions and experiences of users of different health services about the limitations for the promotion of breastfeeding.

Materials and Methods Qualitative research with a phenomenological approach. In-depth interviews were applied to 12 mothers who live in a community with a high level of marginalization of San Luis Potosí, Mexico, whose deliveries were attended by public, private and social security health services. Phenomenological analysis was carried out on the interviews transcribed in full.

Results Regardless of the type of health care service, women receive little training on breastfeeding during the prenatal stage and most of this is provided through impersonal strategies. Most women state that the experiences were more related to demand and judgment, rather than to counseling by health personnel.

Conclusion Breastfeeding is considered as result of a personal and individual decision, which does not impact the counseling provided by the health personnel. It is necessary to promote training and awareness to strengthen accompaniment skills regarding breastfeeding in health personnel, in order to provide counseling in an assertive manner.

Key Words: Lactation; breast feeding; sucking behavior; program evaluation; qualitative research (*source: MeSH, NLM*).

La salud pública en el mundo y particularmente en la región de Latinoamérica, enfrenta retos a los que debe hacer frente, procurando en la medida de las posibilidades, el uso eficiente y efectivo de los recursos financieros que cada vez resultan más limitados. En el contexto anterior, cobra relevancia invertir y redoblar esfuerzos para promocionar prácticas que garanticen la salud, sin exigir gastos extraordinarios en recursos o tecnología.

La lactancia materna (LM) ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una condición biológica y una práctica cultural con elevado potencial para reducir la mortalidad infantil, pero no sólo eso, también predice mejores condiciones de salud en la vida adulta, postergando o evitando la aparición de obesidad y con ello de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) (1). En este contexto y sin embargo, en México el promedio de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es de sólo 14.4%, el más bajo en Latinoamérica junto con República Dominicana (2).

Los determinantes que se han asociado a que esta práctica no se lleve a cabo con éxito, no sólo son numerosos y complejos, también actúan de forma distinta en diferentes situaciones, los efectos de la industrialización, la progresiva urbanización, las corrientes de pensamiento (por ejemplo, el feminismo), así como la incorporación de la mujer en el mundo del trabajo, han influenciado significativamente en los hábitos culturales respecto a la LM (3-4).

Haciendo una revisión de la producción en investigación en torno al tema, se identifica que los investigadores han priorizado el análisis de los conocimientos, percepciones y representaciones culturales que inciden en las mujeres para desmotivar la práctica (5-6), otros estudios han tomado como objeto de análisis los conocimientos, percepciones y representaciones que tiene el personal sanitario respecto a la LM (7), en este contexto y sin embargo, no se identificaron estudios que exploren las experiencias que han vivido o las percepciones que han desarrollado las usuarias sobre la participación del personal de salud en la promoción de esta práctica.

Fundamentados en que las políticas públicas en salud requieren del monitoreo permanente de las estrategias implementadas desde las perspectivas de las usuarias, el presente estudio tuvo como objetivo conocer las experiencias que han vivido y las percepciones que han desarrollado las usuarias, respecto a las limitaciones sanitarias para la promoción de la LM.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de tipo cualitativo-fenomenológico desde la corriente de Heidegger (Interpretativista),

enfoque que tiene por interés, profundizar sobre el significado implícito en las experiencias vividas mediante procesos de pensamiento de deconstrucción de los fenómenos tal y como son vividos por las personas. Mediante la “destrucción”, quien investiga penetra críticamente en el fenómeno tal y como lo narran las personas, con la finalidad de develar los significados que subyacen de manera consciente o inconsciente en la manera en cómo se significan las experiencias de vida; por su parte, mediante la “construcción”, quien investiga identifica el sentido que tienen los significados en las experiencias. En el contexto anterior, la fenomenología interpretativista identifica los significados que poseen las personas y como estos les orientan para desempeñarse en sus realidades cotidianas (8).

El periodo de estudio fue de junio-diciembre de 2015, tiempo en que se contactó y entrevistó a madres que habitan en una zona de alta marginación en el estado de San Luis Potosí, México. La identificación de las mujeres se realizó a partir de los registros de mujeres atendidas para control prenatal en la Unidad de Cuidados Integrales e Investigación en Salud de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UCIIS-UASLP). Se seleccionó para trabajar aquellas que fuesen madres de menores de seis meses de edad y aceptaran de manera voluntaria participar en la investigación. Dado que los estudios fenomenológicos exigen la realización de entrevistas profundas e individuales, se planteó necesario hacer entrevistas individuales, las cuales se realizaron en los hogares de las mujeres.

Las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento informado y transcritas en su totalidad para el análisis centrado en la búsqueda de “unidades de significado”, se realizó la reducción fenomenológica eliminando las partes de las narrativas que no aportaban a la construcción del dato (9).

Tanto el número de informantes como el de entrevistas, se determinó en función de la saturación temática de datos, la cual se presentó cuando ningún dato nuevo o relevante surgió y cuando las relaciones entre categorías estuvieron bien establecidas y validadas (10).

El estudio se apegó a lo estipulado en la Declaración de Helsinki, así como al ordenamiento de la Ley General en materia de Investigación para la salud de México (11-12). Con marco en los instrumentos señalados anteriormente el presente estudio se clasifica en nivel de riesgo mínimo, toda vez que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. Se solicitó por escrito el consentimiento informado y se garantizó confidencialidad sobre la identidad de la población informante.

El proyecto fue revisado, aprobado y supervisado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfer-

mería y Nutrición de la UASLP, el cual se registró en abril de 2015 dentro del expediente GV11-2015.

RESULTADOS

Caracterización de las informantes

Se trabajó con 12 mujeres en total. El rango de edad fue de los 16 a los 33 años, con un promedio de 25. Respecto a la escolaridad, 33% contaba con secundaria completa, 25% con licenciatura, 25% con preparatoria completa, 8% con preparatoria incompleta y 8% no completó la primaria. En el ámbito de la ocupación, se identificó que 58% ubicaba el trabajo doméstico como su labor principal, 30% realizaba una actividad remunerada fuera del hogar, 6% una actividad económica informal y 6% continuaba su formación académica.

La resolución de sus partos fueron en la misma proporción fisiológicos y quirúrgicos (50% para cada rubro), 58.3% fueron atendidas en servicios públicos de salud, 25% en servicios de seguridad social y 16.6% en servicios privados. En el momento de las entrevistas, 30% refirió mantener una Lactancia Materna Exclusiva, 40% un patrón de lactancia mixta y 30% artificial.

Las entrevistas recabadas y sometidas a reducción fenomenológica, sugirieron agrupar el análisis de las experiencias y significados de las mujeres en tres momentos particularmente significativos desde su vivencia: a) La atención prenatal, b) El momento del nacimiento, c) El establecimiento de la crianza.

La atención prenatal: La revisión rutinaria de los pezones

Se identificó que la mayor parte de las mujeres fue informada sobre los beneficios de la LM en la salud de los menores, sin embargo, las estrategias de promoción se caracterizaron en su mayoría por ser impersonales, a través de la entrega de folletería que no permitió una interacción real entre el personal sanitario y las usuarias. Estas estrategias impersonales parecen no impactar en el desarrollo de una agencia en las mujeres para brindar LM, incluso aun cuando el personal les pidió que se “aprendieran la información”, ninguna pudo recordar los puntos que se abordaban de manera específica dentro de los folletos. «Me dieron unos folletitos y me dijeron léelos porque te vamos a preguntar» “De hecho me dieron un folleto grande con varias hojas para que lo leyera, para que me informara que era la lactancia... No recuerdo que decía [risas]».

Otras mujeres mencionaron entre las acciones realizadas por el personal de salud, por ejemplo, la revisión y evaluación de la forma de sus pezones para ejercer la LM, esta acción fue narrada por las mujeres como parte de la

rutina que se lleva a cabo en la última consulta prenatal. «Si me revisó, me vio los pechos, pero nunca me dijo la importancia ni tampoco me dijo que me tenía que pegar a mi bebé inmediatamente, nada de eso, nada más me checó y me dijo que tenía los pezones bien formados».

El momento del nacimiento: La vigilancia de la producción, la ausencia de consejería y la exigencia para cumplir con la LM

La tendencia a biologizar la práctica, se observa también en las vivencias que narran una vez que se ha presentado el parto, en este sentido, la participación del personal médico y de enfermería, se centra en valorar la producción láctea «En sí en sí, las enfermeras nunca me dijeron nada, nada más llego una muy amable y checó si yo tenía producción y fue lo único, me dijo que sí, que estaba produciendo bien» (Fátima).

En este contexto y sin embargo, “la producción” no depende de la voluntad de las mujeres, y cuando no ocurre, llegan a sentirse acusadas, violentadas y reprendidas por no tener una “adecuada producción”, se identificó por ejemplo, el caso de mujeres que habiendo estado plenamente convencidas de amamantar y tener experiencias exitosas anteriores, no tuvieron “producción” y tampoco orientación o consejería que les posibilitará sortear esta dificultad «Yo iba ya con la idea de amamantarlo, pues porque de hecho ya lo había hecho con mis anteriores bebés... nada más me dijeron tenga a su bebé este aliméntelo, cuando no me salía leche no me dijeron nada más» Araceli).

La falta de sensibilización o quizá de formación, -tanto en el personal profesional como en los recursos en formación-, para intervenir desde un enfoque de consejería frente a las dificultades de la LM, se evidenció en la experiencia de las informantes «La enfermera le dijo un estudiante que me explicara, pero la estudiante sólo se hizo pato [la ignoró] y no me explicó, después vino la enfermera y me preguntó si ya me había explicado la estudiante, le dije que no, ella solo movió la cabeza después me trajo al niño y me lo pegó, se fue y ya no me explicó tampoco» (Joha).

Algunas mujeres narraron haber sentido culpa de que sus hijos no recibieran alimento en las primeras horas de vida, ignorando que esta presión respondía en gran medida a la existencia de políticas institucionales para limitar el uso de sucedáneos (dentro de hospitales acreditados como amigos del niño). «Me dijeron que si no le daba pecho ahí no le iban a dar nada más de comer, me hacían sentir culpable de no darle, la forma en la que lo decían ellas eran muy como “de tienes que hacerlo”, como si no le diera porque no quisiera»

También hubo mujeres cuya narración refleja inconformidad, desconfianza y rechazo de las políticas institucionales pro-lactancia, posterior a haber vivido la desagra-

dable experiencia de pensar en riesgo a sus hijos, por “su incapacidad” para tener “producción suficiente” y por la percepción de una falta de valoración continua para identificar complicaciones por un aporte insuficiente en las y los recién nacidos «Seguido me lo estaba pegando y pegando y pegando, pero mi sorpresa fue que, bueno realmente no sé si fue cosa mía o fue cosa de las enfermeras, ellas me dijeron que si estaba teniendo buena producción, pero el día que nosotros salimos del hospital, la pediatra dijo que el niño estaba deshidratado, estaba amarillito y tenía hundida su mollerita [depleción de la fontanela lambdaoidea], realmente yo en ese momento me preocupe, estuve llorando todo ese día completo antes de salir del hospital porque yo estaba enojada, pensaba ¿cómo es que si se está empezando a poner mal no les dan otra cosa? ¿Porque a fuerzas es que me lo tengo que pegar si ven que no está bien?».

El establecimiento de la crianza: Entre la ausencia de monitoreo y un enfoque de “prescripción” de la LM

Las informantes narraron una diversidad de experiencias respecto a la intervención del personal sanitario en la promoción y monitoreo de la LM durante la infancia temprana. Algunas narraron como el personal parece olvidarse de la lactancia, una vez que se ha resuelto el parto; otras relataron sentirse presionadas para cumplir con la “prescripción” de dicha práctica, -sin valorar las dificultades que enfrentan para proseguir con ella-; finalmente, un tercer grupo de mujeres (las que continuaban lactando) refirió que una vez que el personal de salud corrobora la continuidad de la práctica, no existe hacia ellas ningún tipo de reforzamiento de la lactancia.

Se identificó el caso de mujeres que han suspendido la LM, pero que antes de tomar esta decisión refirieron haber manifestado este deseo al personal de salud y haber buscado el consejo profesional sobre cómo dejar de hacerlo, minimizando las consecuencias para la salud de sus hijos. La mayoría narra haber percibido una actitud hostil por parte del personal «Hay una clínica de lactancia y yo había ido a decirles mi situación porque la verdad yo no me sentía a gusto dando pecho y lo que me dijo la enfermera de ahí, fue que mientras yo estuviera produciendo leche le tenía que dar de comer»

Las reprimendas por desear abandonar la LM adquiere mayores dimensiones en los hospitales que están certificados en esta política, en estos casos las mujeres narran sentirse presionadas para decir que amamantan y piensan seguir haciéndolo, dado que perciben que el personal invalida los obstáculos que ellas refieren enfrentar en su vida cotidiana para continuarla «Luego me preguntaron, fue en la consulta del tamiz, me dijeron pues primero nombre, dirección y todo eso y luego la pregunta de ¿estás dando seno materno exclusivo? yo le dije no y la reacción de la enfermera fue

¿porque?, pero como en un tono de reclamo, para ella fue más como de “No, es que no es de que quieras, es de que tienes que hacerlo”, me dijo claramente que nada de biberones nada de chupones y es seno materno exclusivo hasta los dos años, y yo me quede pensando como que si muy a fuerzas pude aguantar quince días con el dolor con los sangrados y con todo eso ahora dos años completos, la verdad ¡yo paso!».

Las mujeres narran historias de verdadera molestia frente a la presión de cumplir con el amamantamiento de sus hijos y piden que el personal sea sensible a sus condiciones de vida particulares «En sí lo que piensen ellos no me afecta [el personal de salud], pues yo digo no los conozco y no me conocen, no saben cómo vivo y no saben realmente mi situación, en todos mis análisis salía que estaba baja de todo [fue diagnosticada con anemia], yo pensaba ¿realmente que nutrientes le voy a dar? y hasta el momento ninguna doctora ni ninguna enfermera me ha sabido decir si eso importa o no, por más de que yo les comparto que es lo que yo pienso y pues eso fue algo que si afectó mucho mi decisión y digamos que es también la parte de lo que me hace decir me siento mal conmigo y con mi hijo por no poderle brindar eso».

DISCUSIÓN

Si bien la LM ha ido en decremento en el ámbito mundial, la situación de México es particularmente grave, su práctica ha llegado a niveles muy bajos y continúa en franco deterioro, particularmente entre los grupos más vulnerables, donde el porcentaje de niños alimentados al seno materno descendió ocho puntos porcentuales entre 2006 y 2012 (13).

Pese a que la LM se posicionó desde inicio de los años ochenta dentro de la agenda de salud internacional, y que México ha suscrito compromisos internacionales por impulsar políticas y programas internacionales dirigidos a promover y potenciar su práctica (14-17), los resultados se han comportado contrario a lo esperado, situación que si bien, puede estar influenciada por una diversidad de determinantes sociales, dentro de estos, figuran con particular relevancia el hecho de que los marcos normativos y los procesos formativos de recursos humanos en salud continúan privilegiando un enfoque biomédico, que poca importancia reconoce a los determinantes sociales y culturales que influyen en el éxito o el fracaso de esta práctica (18).

Las narrativas permiten dar cuenta que la perspectiva sanitarista continúa privilegiando la arista biológica sobre los aspectos sociales y culturales que inciden en los procesos de salud y enfermedad. Evidencian por otra parte, que existen áreas de oportunidad que fortalecer respecto a los procesos de actualización continua y permanente del personal sanitario (19), dado que aun cuando se ha reco-

nocido que la forma y tipo de pezón no representa un obstáculo para el éxito de la práctica, continúan realizándose revisiones y evaluaciones que fortalecen imaginarios sociales que contribuyen al desarrollo de una autopercepción negativa de las mujeres para iniciar o mantener la LM, el convencimiento de las mujeres de no tener un pezón “adecuado” o la estimación de no producir una cantidad adecuada de leche han sido señaladas dentro de las primeras razones de abandono prematuro de esta práctica (20-21).

Las narrativas por otra parte, confirman lo que ya ha señalado otros estudios, respecto a la persistencia de relaciones personal sanitario-usuarias, distantes y sin una comunicación horizontal que posibilite a las mujeres plantear con libertad y seguridad, sus deseos y decisiones respecto a cómo quieren vivir la lactancia y en general la etapa de la crianza (22). Las historias compartidas posibilitan dar cuenta de que la interacción entre profesionales y usuarias, se desarrolla dentro de campos en los que los conocimientos profesionales se superponen y anulan la validez de las experiencias de las mujeres, generando un conflicto que aun cuando no se hace evidente en la relación directa usuaria-profesional, encuentra desahogo en la negación por mantener la LM, como una forma de resistencia a estas desigualdades de poder.

En México el marco normativo que establece las condiciones y acciones para promover la LM es diverso (23-25), sin embargo, en estos instrumentos no se hace un reconocimiento profundo de los obstáculos sociales y culturales para iniciar y mantener la lactancia, y ello se evidencia en las limitadas acciones que lleva a cabo el personal sanitario para brindar consejería y acompañamiento efectivo a las mujeres.

El personal de salud, -desde la perspectiva y experiencias de estas mujeres-, contempla el amamantamiento como resultado de una condición biológica, y aun cuando parece haber dado cuenta que entre las mujeres no se limita a una conducta instintiva, -pues se muestran creativos por implementar estrategias para que lleven a cabo esta función-, también parece ignorar que se trata de una práctica cultural, que como tal es aprendida en base a la experiencias vividas por otras mujeres o mediante otros medios, entre los que se encuentran las campañas publicitarias, los discursos de promoción de salud, las creencias colectivas de las comunidades a que se pertenece y el entorno familiar (26).

La función de Educación para la Salud y más específicamente de promoción de la LM, debe primero reconocerse en la relevancia que tiene dentro de la salud pública, y en función de ello, redirigirse del marco de la pedagogía “instruccional” a un modelo que reconozca la complejidad de los sistemas culturales y encuentre la manera de articular el discurso médico con las representaciones culturales y

las realidades contextuales de las personas. Resulta necesario dejar de pensar la educación para salud como la transferencia unidireccional de conocimientos, -de los profesionales de la salud hacia la población-, dentro de campos de relación en los que prevalece una invisibilización del deseo y las decisiones de la contraparte (27).

La importancia de reflexionar e impulsar procesos que transformen la participación del personal sanitario en la promoción de la LM, radica de manera relevante, en que se ha documentado que el personal de salud figura como un actor importante en las redes de apoyo que las mujeres refieren con mayor influencia para mantener la práctica de la LM (28). El éxito de la práctica se relaciona de manera relevante con el acceso a la asesoría profesional no sólo antes del parto, también en los primeros días después del mismo y posteriormente a lo largo de los dos primeros años de crianza (29).

Las historias compartidas por las mujeres evidencian que las necesidades de acompañamiento y consejería, rebasan las condiciones biológicas que se asocian con la lactancia, -las temáticas relacionadas con la cantidad de producción de leche o las molestias que puede traer consigo una técnica inadecuada-, muestran que existe la necesidad de acompañamiento profesional para reorganizar sus vidas durante la etapa de lactancia, o bien, que les permitan fortalecer su autoconcepto y autovalía para mantener esta práctica en equilibrio con el resto de las demandas que derivan de la crianza (4).

En función de las experiencias narradas, resulta urgente por otra parte, reflexionar sobre las condiciones en que se está dando la formación de los profesionales de la salud y la exigencia de acercarlos a la comprensión de componentes culturales altamente complejos, saturados de desigualdades e inequidades sociales, que influyen sobremanera en las decisiones que las mujeres toman respecto a amamantar o no hacerlo, no para que dejen de esforzarse por hacer llegar tan importante mensaje, sino por hacerlo llegar de manera más efectiva, comprendiendo el complejo ambiente, -real y simbólico-, en el que las mujeres deben desempeñar la LM, sólo a través de este conocimiento y reconocimiento es posible desarrollar funciones de consejería que potencien la probabilidad de que las mujeres se empoderen de su derecho de amamantar, así como un derecho y no como una obligación derivada de su condición biológica ♦

Agradecimientos: A las mujeres que con sus experiencias y relatos no permiten dar cuenta de los retos que aún tenemos como profesionales de la salud.

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. WHO: World Health Organization. Definition of Breastfeeding. [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/ypuC8N>. Consultado mayo 2016.
2. UNICEF. La lactancia materna puede salvar la vida a millones de niños y niñas y prevenir enfermedades graves. [Internet]. Disponible en: <https://goo.gl/D35tWm>. Consultado enero 2017.
3. Pérez J, Miranda M, Peinado J, Iribar M. La lactancia en las mujeres trabajadoras. sigue siendo necesaria promocionar la lactancia materna. *Medicina, salud y sociedad* 2013; 4(1):23-36.
4. Huerta S. Importancia de la alimentación de los niños en el primer año de vida. *Gaceta Médica de México* 2011; 147 suppl 1:22-31.
5. Swain F, Aparecida I. Las representaciones sociales de un grupo de mujeres/amamantadoras sobre el apoyo a la lactancia materna. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009; 17(5):651-57.
6. Belintxon M, Zaragüeta, C, Adrián C, López O. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2011; 34(3):409-418.
7. Garafola R. Cytokines in Human Milk. *J Peadiatr* 2010;156(2)Suppl.1:36-37.
8. Barbera N, Inciarte A. Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias* 2012; 12(2):199-205.
9. Alberto E. El giro hermenéutico de la fenomenológica en Martín Heidegger. 2009; 22:1-14
10. Ruíz J. El diseño cualitativo. En: *Metodología de la investigación cualitativa*. 5th ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 2012.
11. Presidencia de la República del Estado Mexicano. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; 2014.
12. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas; 2008.
13. González T, Escobar L, González L, Hernández M. Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. [Internet] Disponible en: <https://goo.gl/LYKtWw>. Consultado marzo de 2016.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ottawa CharterforHealthPromotion. [Internet] 1986. Disponible en: <https://goo.gl/5uR6xL>. Consultado noviembre de 2016.
15. Organización de la Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet] 2014 Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>. Consultado diciembre de 2016.
16. World Health Organization. Global Strategy for Infant Feeding and Young Child Feeding. [Internet] 2003. Disponible en: <https://goo.gl/7kiav2>. Consultado diciembre de 2016.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG committee opinion No. 361: breastfeeding-maternal and infantaspects. *Obstet Gynecol.* 2007; 109(2):479–480.
18. Organización Panamericana de la Salud. La formación en medicina orientada hacia la atención primaria a la salud” En: Serie, la renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Disponible: <https://goo.gl/AR1wJ2>. Consultado enero de 2017.
19. Baydar A, Kayhan B, Kılıc M, Karatas İ, Cetin N, Güney S, Akdogan D, Domac U, Ustu Y, Ugurlu M. Nivel de conocimiento, actitud y experiencias de los profesionales de la salud respecto de la lactancia y la leche materna en una ciudad de Turquía: Estudio transversal. *Archivos argentinos de pediatría* 2016; 114(6):514-520.
20. 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(1):117-126.
21. González T, Escobar L, González L, Rivera J. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Publica Mex* 2013; 55 supl 2:170-174.
22. Castro F, Ediver B, Peñaranda F. La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia. *Salud Colectiva* 2011; 7(3):333-345.
23. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio 1993. [Internet] México D.F 2010 Disponible en: <https://goo.gl/fgyp9t>. Consultado enero de 2017.
24. NORMA Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. [Internet] México, D.F 2010. Disponible en: <https://goo.gl/jc4uzw>.
25. NORMA Oficial Mexicana, NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. [Internet] México, D.F. 2013. Disponible en: <https://goo.gl/9q7Yvp>. Consultado enero de 2017.
26. Gorrita R, Ravelo Y, Ruiz E, Brito B. Deseos, aptitudes y conocimientos sobre lactancia materna de gestantes en su tercer trimestre. *Rev Cubana Pediatr* 2012; 84(2):165-70.
27. Peñaranda F, Torres J, Bastidas M, Escobar G, Arango A, Pérez F. La praxis como fundamento de una educación para la salud alternativa: estudio de investigación-acción en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en Medellín, Colombia. *Interface.* 2011; 15(39): 997-1010.
28. Niño L. Caracterización de la lactancia materna y factores asociados en Puerto Carreño, Colombia. *Rev. Salud Pública (Bogotá).* 2014; 16(4):560-571.
29. Ministerio de salud y protección Social. Lactancia materna en emergencias: ¡Salva Vidas! Cartilla para agentes de salud y líderes comunitarios. [Internet]. Bogotá, 2012. Disponible en: <https://goo.gl/VmG7wp>. Consultado febrero de 2017.