

CLÍNICA DE LACTANCIA MATERNA EN DOMICILIO, INTERVENCIÓN INTEGRAL DE APOYO PARA EL ÉXITO DEL PROCESO DE LACTANCIA.

CLINIC BREASTFEEDING IN HOME, INTEGRAL INTERVENTION OF SUPPORT FOR THE SUCCESS OF THE BREASTFEEDING PROCESS.

Nicole Garay Unjidos

Mg. Estrategias de Intervención Temprana en Salud Mental Infantil, Profesor Asistente, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Viviana Aliaga Barros

Mg. © en Docencia Universitaria. Escuela de Enfermería, Universidad Finis Terrae.

Margarita Yuraszeck Krebs

Estudiante de Enfermería, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Artículo recibido el 2 de diciembre 2017. Aceptado el 27 de diciembre, 2017

RESUMEN

En este artículo se relatará la experiencia profesional en torno a la Clínica de Lactancia en modalidad visita domiciliaria, cuyo propósito es brindar apoyo y acompañamiento a la familia para el inicio, mantención y recuperación de la lactancia, como una estrategia de intervención integral de enfermería. La lactancia materna es una de las mejores inversiones en salud para las personas, sus beneficios y duración en manera exclusiva hasta los 6 meses y luego complementada hasta los 24 meses o hasta que lo deseen, ha sido respaldado por múltiples asociaciones científicas nacionales e internacionales. La clínica de lactancia domiciliaria permite realizar intervenciones de salud en el contexto de la vida cotidiana de las personas, realizar una valoración individual, del binomio y de la familia, considerando aspectos de la salud física, psicológica, afectiva, social y contextual que pudieran estar influyendo en el fenómeno de la lactancia. Parte del éxito de una clínica de lactancia domiciliaria, está en el lazo terapéutico de confianza que se pueda formar entre la enfermera(o) consultora en lactancia y la familia, pero especialmente con la madre, quien que se encuentra en un proceso de adaptación a su nuevo rol. Desde nuestra experiencia profesional como enfermeras, podemos contribuir al cuerpo de conocimientos propios de la disciplina en lo relacionado a los cuidados de la madre y su hijo(a) en periodo de amamantamiento.

Palabras claves: lactancia materna, clínica de lactancia materna, apoyo a la lactancia, cuidado infantil

ABSTRACT

This article describes the experience of nurses delivering Nursing Clinics within a home visit modality. The purpose of this service is to provide support and company to the

Clínica de lactancia materna en domicilio, intervención integral de apoyo para el éxito del proceso de lactancia.

newborn's family for the initiation, maintenance and recovery of breastfeeding, as a comprehensive nursing intervention. Breastfeeding is one of the best investments in health for people. Its benefits for the newborn and the mother have been supported by multiple national and international scientific associations, which have highlighted its exclusivity up to six months of age and then its continuation as complementary of solids up to 24 months of age. Nursing clinics at home allow for situated health interventions according to people's everyday lives; for carrying out individual, binomial and family assessments, considering aspects of physical, psychological, emotional, social and contextual health that may impact upon the experience of breastfeeding. Part of the success of a nursing clinic at home, relies upon the therapeutic relationship of trust and rapport that can be developed between the nurse (or consultant in breastfeeding) and the family, but especially upon the one developed with the mother, who is in a process of adaptation to her new role. From our professional experience as nurses, we can contribute to the body of knowledge of the discipline in relation to the care of the mother and her child during breastfeeding.

Keywords: breastfeeding clinic, professional breastfeeding support; child-care nurse; nursing clinic at home

DOI UC: 107764/Horiz_Enferm.28.3.59

INTRODUCCIÓN

Asociaciones científicas nacionales e internacionales recomiendan la lactancia materna exclusiva por 6 meses y luego complementada con otros alimentos hasta los 24 meses, pudiendo mantenerla todo el tiempo que la madre y/o su hijo/a lo deseen, no estableciendo una edad límite para finalizar la lactancia⁽¹⁻⁶⁾.

Aun así, en las culturas occidentales el amamantamiento posterior al año de vida del lactante es infrecuente⁽⁷⁾. Lo anterior se puede deber a que, entre otros factores, la importancia de la lactancia materna es ampliamente

reconocida para países de ingresos medios y bajos, pero existe menos consenso cuando se habla de países de altos ingresos⁽⁸⁾.

La leche materna constituye la norma biológica de alimentación de los niños y niñas pequeños. La díada madre-hijo/hija obtiene beneficios nutricionales y no nutricionales ampliamente documentados, que optimizan el crecimiento y desarrollo infantil^(8,9). Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Es un fluido coloidal dinámico: cambia su composición y se

Clínica de lactancia materna en domicilio, intervención integral de apoyo para el éxito del proceso de lactancia.

adapta a los requerimientos del niño/a. De esta forma, se posiciona como el mejor y más completo alimento en la infancia ⁽²⁾.

En 1989, la OMS y UNICEF, tras identificar que las prácticas inadecuadas en las maternidades contribuían a la caída de las tasas de lactancia materna, elaboraron un documento sobre “Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. La función especial de los servicios de maternidad”. En dicho documento se establecieron los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural” de la Iniciativa del Hospital Amigo de la Lactancia Materna (IHAN). Posteriormente, en 1998, la OMS publicó el documento “Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural”, que recogió la evidencia científica sobre la eficacia de la aplicación de estos diez pasos.

En nuestro país, existen diversas organizaciones cuyo foco es la promoción de la lactancia materna. Entre éstas, se encuentra el Ministerio de Salud, principalmente a través de la Comisión Nacional de Lactancia Materna (CONALMA), el Ministerio de Desarrollo Social, a través del programa Chile Crece Contigo, el Comité de Lactancia de la Sociedad Chilena de Pediatría (SOCHIPE) y otras organizaciones no gubernamentales como La Leche League Chile (LLL). Asimismo, se han adoptado políticas públicas en beneficio de ésta, como el Proyecto de Ley de Extensión del Postnatal, que incrementa el permiso postnatal en 12 semanas. Si bien desde su implementación la prevalencia de lactancia exclusiva a los 6 meses en el servicio público se ha incrementado hasta un 52%, el aumento significativo surgió sólo durante año 2015 probablemente

debido a que la lactancia exclusiva a los 6 meses se convirtió en una meta sanitaria. En relación a la prevalencia de lactancia en mayores de un año, el Proyecto de Ley no ha tenido impacto en su incremento; la prevalencia de ésta en el año 2009 fue de un 36%, en el año 2011 de un 30,1%, en el año 2014 la cifra descendió a un 29,2% y en el año 2015 se incrementó levemente a un 30,2%, respecto a la lactancia materna a los 24 meses solo se cuenta con la cifra del 2014, la que corresponde a un 13,7% ⁽¹⁰⁾.

En las últimas décadas ha existido una importante producción de evidencia que avala los múltiples beneficios de la lactancia materna. Este año, Victoria et al publicaron una revisión sistemática de 22 revisiones relacionadas a los beneficios de la lactancia materna en el Lancet. En relación a ésta, es importante destacar que muchos de los beneficios asociados a la lactancia materna, como la menor incidencia de otitis media aguda y de mal oclusión, aumentan en relación a la extensión del amamantamiento ⁽⁸⁾. Además, estos beneficios se extienden más allá del destete, llegando inclusive a edades mayores a proteger contra el sobrepeso, la obesidad y la diabetes tipo 2 ⁽⁸⁾.

De esta forma, las enfermeras(os) se convierten en un actor clave en la promoción, mantención y recuperación de la lactancia. La relación profesional usuario que establece la enfermera(o) en la modalidad de la Clínica de Lactancia es el contexto ideal para apoyar y acompañar a las madres que desean amamantar, promoviendo la toma de una decisión informada. Así, no sólo se promueve la salud de un niño/a en particular en el corto plazo, sino que probablemente se constituye como la

mejor medida costo efectiva en salud, que impacta a la población (niño/o, padres, familia y sociedad) a lo largo de todo su ciclo vital ⁽⁴⁾.

Se entiende por Clínica de Lactancia Materna un conjunto de prestaciones de salud dirigidas a las madres, hijos, hijas y su familia que se desarrollan principalmente en modalidad ambulatoria, dirigidas a apoyar la lactancia materna en el proceso de instalación, mantención y recuperación de los problemas o dificultades que pudieran surgir ⁽¹⁾.

Existe variabilidad en la modalidad de atención, ya que las clínicas de lactancia pueden realizarse de forma individual (una paciente o familia) y de forma grupal (un grupo de madres con sus hijos(as) lactantes). Esto depende principalmente del espacio físico disponible, del manejo del profesional en consultas grupales y las características o motivos de consulta de los usuarios.

En Chile, las clínicas de lactancia materna generalmente se otorgan dentro de establecimientos de salud. En el sistema público de salud de Chile, la mayor parte de las consultas de lactancia se realizan en centros de Atención Primaria de Salud (APS) ⁽¹⁾. En el sistema privado existe menor oferta de este tipo de prestaciones y generalmente son otorgadas por algunas clínicas privadas o por profesionales que realizan este tipo de atenciones de forma particular, lo que además tiene asociado un costo elevado, lo que restringe el acceso de la población a esta prestación. También existe la modalidad de clínica de lactancia en domicilio, en la que se acompaña a una familia en el contexto de su hogar. La visita domiciliaria implica

un cambio en la atención tradicional en salud, puesto que se constituye como una estrategia activa de entrega de servicios en el contexto directo de vida de las personas, y se caracteriza por una actitud proactiva y sensible por parte de los profesionales hacia las familias.

Este cambio en la dirección de la atención implica también un desarrollo en las competencias de relación de ayuda de los profesionales que realizan visitas domiciliarias. Las actitudes y habilidades interpersonales del profesional son importantes para establecer el vínculo de confianza en una relación horizontal con la madre y/o padre.

En este artículo se relatará la experiencia profesional en torno a la Clínica de Lactancia en modalidad visita domiciliaria, cuyo propósito es brindar apoyo y acompañamiento a la familia para el inicio, mantención y recuperación de la lactancia, como una estrategia de intervención integral de enfermería.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

1. Público objetivo:

El público objetivo de esta intervención corresponde a las mujeres en periodo de puerperio que están interesadas en recibir apoyo y/o orientación en relación al proceso de amamantamiento y que solicitan que esta atención se realice en su domicilio.

En relación a las consultas de lactancia en domicilio, generalmente son dirigidas a usuarios del sistema privado, ya que la visita domiciliaria para clínica de lactancia no es una prestación que esté cubierta en el sistema público de salud, debido a que la prestación está disponible en los centros de APS.

Por lo anterior, las usuarias que

Clínica de lactancia materna en domicilio, intervención integral de apoyo para el éxito del proceso de lactancia.

acceden a una clínica de lactancia en domicilio, son mujeres adscritas al sistema privado de salud, o usuarias del sistema público que deciden recibir esta

atención de forma particular.

Algunas características que presentan las madres y familias que solicitan la clínica de lactancia a domicilio son:

- Familias en etapa de gestación que inician su proceso de preparación para la lactancia.
- Mujeres con dificultades en la instalación y mantención de la lactancia.
- Madres que desean re-inducir la lactancia luego de haberla suspendido por diversas razones.
- Madres que desean inducir lactancia (por ejemplo en caso de hijos adoptivos).
- Madres que hayan tenido un parto múltiple.
- Madres que buscan apoyo para mantener la lactancia al reincorporarse al trabajo o estudios.
- Familias en proceso de término del amamantamiento (destete).
- Familias en las que el proceso de lactancia está generando dificultades en la crianza o que de alguna manera requieren apoyo y acompañamiento.

La madre:

En este contexto se hace necesario comprender algunas características particulares que presentan las mujeres durante esta etapa. La experiencia que la mujer tiene en el proceso de trabajo de parto y parto impactará en el estado afectivo que presente la mujer los días siguientes al parto y en el pronóstico de la situación de lactancia a mediano y largo

plazo.

El período post parto es un tiempo de alegría y satisfacción, pero también una época de vulnerabilidad e incluso de crisis ⁽¹²⁾. Luego del parto, se logra un estado de plenitud, que permite la confianza de la madre en sus propias capacidades y surge la tranquilidad de tener al recién nacido en brazos luego de un largo período de embarazo. Sin embargo, esto sólo se logra si el embarazo, parto y también la lactancia materna ha sido una experiencia positiva para la madre, el recién nacido y toda la familia ^(11,13).

Son múltiples los factores que influyen en el estrés que se genera al amamantar. Las preocupaciones presentes en la mayoría de las madres se refieren principalmente en las habilidades para el cuidado de su bebé, compatibilizar el tiempo, cubrir necesidades de su familia y encontrar tiempo para ellas mismas ⁽¹²⁾.

A pesar de esto, la naturaleza ha diseñado estrategias para aumentar la magnitud de la respuesta psicológica frente a estresores si están alimentando a sus bebés con lactancia materna. El estado hormonal e inmune de la madre que amamanta protege a la diada, reduciendo la reactividad de la madre al entorno, promueve la calma y mantiene la calidad y cantidad de leche ⁽¹²⁾.

Para esto, es ventajoso que el apoyo a la madre comience desde antes del egreso de la maternidad, para permitir que se logre la instalación de la lactancia y prevenir las dificultades. Probablemente, la combinación del apoyo prenatal, hospitalario y post natal ayudan sinérgicamente en el proceso ⁽¹⁴⁾.

La familia:

Desde la teoría del ciclo vital familiar de Duvall ⁽¹⁵⁾ se identifican diferentes etapas en el desarrollo. En la etapa de “crianza inicial de los hijos” se genera un periodo de adaptación del

2017, Horiz_Enferm, 28,3,59-76
grupo familiar con la llegada de un nuevo miembro a la familia. En este período, los

principales cambios tienen relación con la transición de una estructura diádica a triádica, la aceptación y adaptación al rol materno y paterno, la vinculación afectiva madre – hijo, padre – hijo y el cumplimiento de las labores de crianza. Algunas dificultades que pueden surgir durante esta etapa están relacionadas con la distribución de las tareas del hogar, la sobrecarga de las labores maternas, el cansancio físico, el sustento económico, el ajuste de las relaciones con la familia extendida, entre otras ⁽¹⁶⁾.

En un contexto ideal, la mujer en periodo de puerperio debería recibir el apoyo y la contención que necesita para poder realizar las labores maternas que son intransferibles (como amamantar al hijo/a) y poder compatibilizarlas con las labores de crianza de otros hijos, actividades del hogar, esparcimiento, recreación, etc. En este sentido la familia cobra un rol fundamental: la participación del padre, el apoyo de la familia extensa, la incorporación de personas significativas para la mujer, etc. Sin embargo, en muchos casos, las mujeres durante el puerperio no cuentan con la estructura familiar lo suficientemente estable para dar este soporte, por lo que se hace necesario que existan o surjan otras redes de apoyo a nivel comunitario, como podría ser grupos de mujeres (Liga de la leche por ejemplo) y/o los establecimientos de salud a través de

grupos de crianza o clínicas de lactancia.

2. Métodos:

La estrategia Clínica de lactancia se da en la modalidad visita domiciliaria,

63

entenderemos por domicilio el lugar físico en que vive una persona o hacen vida en común un grupo de personas, con o sin vínculos de parentesco, compartiendo la vivienda, con un presupuesto de alimentación común y que constituye un hogar ⁽¹¹⁾.

En Chile, hay registros de las primeras visitas domiciliarias en la década de los treinta por profesionales, mujeres de clase media, que ejercían labores principalmente educativas ⁽¹⁷⁾. Desde entonces, profesionales como enfermeras, matronas, médicos y asistentes sociales han realizado este tipo de atenciones identificando beneficios tanto para los usuarios como para las acciones profesionales.

Las experiencias internacionales de los programas con visitas domiciliarias han generado evidencia de resultados positivos tanto para niños y niñas pequeños/as como para sus padres. Se han observado múltiples efectos, entre los que destacan principalmente ^(18,19):

- Mejoramiento de las habilidades parentales y de la relación padres, madres y sus hijos o hijas.
- Mejora la entrega de educación.
- Mejora la calidad de vida de los usuarios.
- Reducción en los problemas conductuales en los niños o niñas.
- Reducción de las situaciones de peligro en el hogar.
- Mejoramiento de la calidad del

Clínica de lactancia materna en domicilio, intervención integral de apoyo para el éxito del proceso de lactancia.

- ambiente familiar.
- Reducción en la frecuencia de accidentes en el hogar.
- Mejoramiento de la calidad del apoyo social destinado a los padres.
-
- Aumento en la detección y manejo de la depresión post-parto
- Incrementa la participación y responsabilidad de la familia en el proceso de cuidado.
- Otorga una sensación de intimidad y bienestar, ya que la gente siente que este tipo de asistencia personalizada es más humana.

Los propósitos generales y comunes de estos programas basados en visitas domiciliarias continuas fueron: promover habilidades parentales positivas, optimizar la interacción entre padre y madre e hijos o hijas, mejorar la salud mental y física del niño y niña, promover un desarrollo infantil integral y facilitar el uso apropiado de los recursos comunitarios.

Dentro de las intervenciones tempranas, las visitas domiciliarias se han posicionado como un acercamiento importante al apoyo de familias, permitiendo la identificación de los factores de riesgo presentes. Esto permite la intervención precoz y la disminución de los efectos que éstos puedan tener a largo plazo ⁽¹¹⁾.

La Clínica de lactancia en domicilio exige que el profesional de enfermería esté entrenado en la estrategia visita domiciliaria y que a la vez sea un profesional experto en el apoyo y manejo de temas relacionados con la lactancia materna, este profesional se conoce con el termino de consultor de lactancia, quien ha recibido una formación específica en

el tema y es capaz de resolver situaciones de salud asociadas al proceso de amamantamiento de forma autónoma y eficiente. La organización *Internacional Lactation Consultant Association (ILCA)* se ha dedicado a profesionalizar la formación de expertos en lactancia (*Internacional Board Certified Lactation Consultants – IBCLC*), asimismo a nivel nacional existen instituciones que realizan cursos de profundización en el tema como la *Sociedad Chilena de Pediatría (SOCHIPE)* entre otras.

3. Etapas de la intervención:

Enfermera como instrumento de ayuda: la relación interpersonal terapéutica es el proceso por el cual el profesional de enfermería proporciona cuidados a través del *uso terapéutico del Self* (20). El uso del self en forma terapéutica requiere que el profesional de enfermería trabaje en su desarrollo personal, principalmente en los aspectos relacionados con la autoconciencia, autoentendimiento y concepción filosófica de la condición humana. De esta manera podrá hacer uso de su personalidad, de manera consciente, con la intención de establecer una relación interpersonal de ayuda. Se han identificado algunas condiciones esenciales que facilitarán el desarrollo de una relación terapéutica.

Se han identificado algunas condiciones esenciales que facilitan el desarrollo de una relación terapéutica. Entre estas características se encuentra ⁽²⁰⁾:

- **Compenetración:** basado en la aceptación, calidez, sentimiento de confianza y actitud no juzgadora. La conversación sobre temas cotidianos o no relacionados con la salud puede favorecer la compenetración.

- **Confianza:** es fundamental que el profesional de enfermería genere un ambiente de confianza para que el usuario perciba de forma sincera la presencia del enfermero(o) y el interés de proporcionar ayuda. La confianza se gana a través de intervenciones de enfermería que transmitan preocupación hacia el
 - paciente.
- **Respeto:** todo ser humano es único y valioso y merece respeto independiente de que estemos o no de acuerdo con sus conductas. Algunas formas de transmitir una actitud de respeto son: llamar al paciente por su nombre, dedicarle el tiempo que requiere, acoger sus preocupaciones y aclarar sus dudas, mantener la privacidad, etc.
- **Autenticidad:** capacidad del profesional de enfermería de ser abierto, honesto y real. Cuando uno se muestra de forma genuina, el usuario reconoce congruencia entre lo que se siente y se expresa.
- **Empatía:** permite entender el significado de los sentimientos, experiencias y pensamientos del usuario y comunicarle dicha comprensión. La empatía se considera una de las actitudes más importantes en la relación terapéutica, ya que ayuda al usuario a identificar sus sentimientos y además ayuda a sentirse entendido por la otra persona.

Una madre que se encuentra amamantando necesita un espacio amoroso en el que su actuar no se vea juzgado por el profesional de salud. En la clínica de lactancia la confianza se puede establecer desde el momento inicial en el que la madre toma contacto (telefónico o correo electrónico) con la enfermera/o para

solicitar su servicio. Es importante transmitir esperanza y ser sinceros en el actuar frente a una madre que muchas veces está con angustia y desesperanza en este proceso tan vital para ella y su familia.

La relación enfermera – paciente se desarrolla en fases (20):

1. Fase de pre interacción: donde se recopila información disponible del usuario a través de registros, ficha clínica, otros miembros del equipo de salud, etc. Además en esta etapa se exploran autopercepciones, sentimientos, miedos sobre trabajar con el paciente en particular. El profesional de enfermería debe estar consciente de cómo estos preconceptos pueden afectar su capacidad de establecer una relación terapéutica.
2. Fase de orientación (introducción): establecer confianza y formular contrato de intervención o los acuerdos de la o las atenciones. En esta fase el profesional de enfermería debe cautelar establecer un ambiente de confianza, establecer acuerdos sobre la intervención, levantando las expectativas y responsabilidades tanto del profesional de enfermería como del usuario; explorar los sentimientos, tanto del paciente como del personal de enfermería en términos de la fase introductoria. Además en esta fase el enfermero realiza una completa valoración, identifica problemas y diagnósticos de enfermería, se acuerdan las metas y se establece el plan de acción. (Ver

Clínica de lactancia materna en domicilio, intervención integral de apoyo para el éxito del proceso de lactancia.

aplicación del proceso enfermero más adelante).

3. Fase de trabajo: se realizan las intervenciones terapéuticas necesaria según los problemas o riesgos detectados y se promueve los cambios necesarios.
4. Fase de terminación: evaluación del logro de los objetivos propuestos y cierre del proceso terapéutico.

La clínica de lactancia domiciliaria permite realizar intervenciones de salud en el contexto de la vida cotidiana de las personas, estas deben ser complementarias a las que se realizan en el contexto de un centro de salud y no una repetición de indicaciones entregadas. La visita integral permite realizar una valoración individual, del binomio y de la familia, considerando aspectos de la salud física, psicológica, afectiva, social y contextual que pudieran estar influyendo en el fenómeno de la lactancia materna. Parte del éxito de una clínica de lactancia domiciliaria, está en el lazo terapéutico de confianza que se pueda formar entre la enfermera(o) consultora en lactancia y la familia, pero especialmente con la madre, quien que se encuentra en un proceso de adaptación a su nuevo rol.

Frente a este proceso tan único, como es el convertirse en madre, disponemos de una herramienta disciplinar que puede guiar la aplicación del proceso enfermero y por ende el actuar profesional; la Teoría de rango medio de Ramona Mercer de “Adopción del Rol Materno”⁽²¹⁾. A continuación, se detalla la aplicación del proceso enfermero a la luz de la Teoría de R. Mercer como eje fundamental de la estrategia de clínica de lactancia en domicilio:

I. Valoración:

Aspectos de la madre:

- *Edad materna:* la etapa del desarrollo del ciclo vital de la madre permite comprender las crisis vitales, así como los mecanismos de afrontamiento y expectativas con los que cuenta para adaptarse al rol materno. Respecto a los procesos de maduración y desarrollo de la glándula mamaria, la edad de la madre puede incidir en la producción de la leche ⁽²²⁾.
- *Gestación:* durante la gestación se produce la mamogénesis y lactogénesis I, que impactarán en la producción y almacenamiento de la leche. Es importante detectar a aquellas madres que no refieran modificaciones mamarias durante el embarazo. El acceso a la información y educación en lactancia durante el periodo pre-natal mejora la intención de amamantar, siendo la intención un buen predictor del inicio y duración de la lactancia ⁽²²⁾. Una buena preparación para la lactancia debe considerar acudir a grupos de apoyo o talleres durante la gestión del niño/a que está por nacer.
- *Experiencias previas:* se deben reconocer las experiencias previas de amamantamiento, reconociendo los; éxitos, fracasos, factores facilitadores y que dificultaron los procesos anteriores.
- *Condiciones de las mamas, pezones y estado general de salud de la madre:* a través del examen físico se debe valorar el estado de salud de la madre respecto a su proceso de recuperación del parto, presencia de dolor, herida operatoria (en caso de cesárea), estado de la mama y pezones.

- *Técnica de lactancia:* se debe indagar respecto a la frecuencia de amamantamiento y valorar: posición de amamantamiento, acople, transferencia de leche, presencia de indicadores de lactancia materna efectiva.
- *Experiencia de nacimiento:* el tipo de parto impacta en el inicio de la lactancia materna. Los partos vaginales sin o con la menor instrumentalización posible, otorgan las condiciones necesarias para el inicio de la lactancia materna; la madre se siente cómoda y puede adoptar la posición necesaria para tomar a su hijo/a y darle de mamar; los niños/as nacen en una adecuada condición de salud, que le permite orientarse hacia el pecho, iniciar la succión y reconocer a su madre; se produce la depuración hormonal y cambios en la glándula mamaria necesarios para la suficiente producción de leche ⁽²²⁾.
- Las expectativas y experiencia vivida por la madre en el nacimiento de su hijo/a apoyan o dificultan la adopción del rol materno y en consecuencia el inicio de la lactancia.

Separación de la madre después del nacimiento: el contacto piel con piel del recién nacido con su madre, después de producido el parto, fue por siglos la costumbre usual en las distintas culturas como forma natural de protección al recién nacido, como primera manifestación de cariño por parte de la madre y como forma de reconocimiento mutuo entre ésta y el niño ⁽²³⁾. El contacto piel con piel posee beneficios como mayor duración de lactancia materna, comportamiento neurosensorial, regulación de temperatura, mejor alternativa al cuidado estándar, disminución en días hospitalización y

niveles de cortisol, favorecedor de la interacción madre-hijo y desarrollo infantil ⁽²³⁾.

Rol/ identidad maternal: durante el proceso de convertirse en madre, ocurren importantes procesos en la mujer, en donde su identidad y rol sufren importantes transformaciones. Los modelos que cada mujer trae sobre sí misma, van adaptándose y reorganizándose en la construcción de un nuevo mundo representacional, en el que se entrelazan modelos sobre su ser mujer, sobre su rol como madre, como pareja, y de su familia de origen en general ⁽²⁴⁾. Este aspecto debe ser valorado durante la entrevista, puesto que muchas mujeres se sienten agobiadas con la adquisición del rol.

Autoconcepto: es la percepción del individuo de cómo los otros lo ven y autoaceptación de las propias percepciones. En esta etapa muchas madres refieren tener alteraciones con su ánimo al sentir que no son capaces de cumplir los desafíos que plantea la maternidad y en especial la lactancia. Es importante reconocer trastorno del ánimo ya que durante el puerperio es posible encontrar depresión post parto (DPP). A nivel mundial se calcula que afecta alrededor del 19,2% de las mujeres en el primer trimestre postparto. En Chile las cifras en población general varían entre un 27,7% y 41,3%. Su diagnóstico confiere dificultades, confundiendo sus síntomas con la adaptación normal al puerperio, lo que provoca bajas tasas de diagnóstico y tratamiento. Entre los factores asociados a estos cuadros están entre otros, los propios de la adaptación materna a la etapa, como la percepción de autoeficacia, la regulación de ritmos fisiológicos del recién nacido (RN) y la instalación de una lactancia materna

Clínica de lactancia materna en domicilio, intervención integral de apoyo para el éxito del proceso de lactancia.

exitosa ⁽²⁵⁾.

Gratificación: la satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo/a y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad. Es importante ayudar a que las madres disfruten del momento del amamantamiento, instancia en el que no solo están alimentando a su hijo/a, sino que están en un acto de máxima intimidad, reconocimiento mutuo y encuentro. También se debe valorar la percepción de la madre en torno a las características del hijo/a.

Unión: un elemento del rol parental y de la identidad. La Unión se contempla como un proceso afectivo y emocional con un individuo.

Apoyo: La cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan:

- Apoyo emocional: sentirse amado, comprendido y apoyado.
- Apoyo informativo: ayuda al individuo a solucionar problemas por si solo ofreciéndole información útil para cada problema y/o situación.
- Apoyo físico: ayuda directa.
- Apoyo de valoración: informa a la persona de cómo está llevando a cabo su rol y ayuda a la persona a evaluarse a sí mismo.

Relación Madre-Padre: percepción de la relación de pareja que incluye los valores, los objetivos y los acuerdos deseados y reales entre los dos. El apoyo de la pareja para el éxito del

proceso de lactancia es fundamental, el apoyo debe ser inicialmente emocional,

pero luego debe contemplar la ayuda en labores domésticas y en el cuidado del niño/a que la madre pueda delegar, tareas que poco a poco empiezan a visibilizarse.

Aspectos del niño/a:

Temperamento: es una predisposición constitucional para reaccionar y responder ante los diferentes estímulos (internos y externos). Influye en el nivel de actividad, la forma cómo usa su atención, controla su estados afectivos y fisiológicos, y como se organiza en el mundo circundante. La regulación del temperamento dependerá de la sensibilidad del cuidador y de su comprensión de las necesidades específicas del niño(a) ^(26,27).

Características del niño/a: capacidad para dar señales y manifestar estrés frente a situaciones de malestar interno o externo.

Estado de salud del niño/a: la edad gestacional y la condición general del niño/a impactan en su activación refleja, capacidad de acoplarse y por ende lograr una adecuada transferencia de leche. Se debe realizar antropometría con énfasis en el peso, examen físico completo y examen de succión del niño/a. Es de suma importancia observar la actitud del niño al pecho.

II. Diagnóstico:

Tal como se plantea el establecimiento de diagnósticos en un control de salud infantil, en una clínica de lactancia

también se establecen los 5 diagnósticos propuestos como parte del control de salud integral según la Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0

a 9 años en la atención primaria de salud⁽²⁸⁾:

- a. Salud: sospecha o detección temprana de problemas de salud del niño/a
- b. Nutricional: evaluación del incremento de peso diario del recién nacido, recuperación del peso de nacimiento, evaluación del estado nutricional según curvas OMS, evaluación de la curva de crecimiento.
- c. Desarrollo integral (psicomotor y/o Psico-afectivo, vincular): debe considerar el desarrollo psicomotor y emocional y a la evaluación de la madre, padre y/o cuidadores y profesionales.
- d. Familiar: Incluye situación de la familia, la etapa del ciclo vital en el que está la familia y problemas de salud biopsicosocial de los miembros de esta que puedan afectar la salud del recién nacido o lactante.
- e. Psico-social, contexto: Incluir consideraciones sociales, ambientales y otros aspectos relevantes de considerar desde la evaluación de la salud.
- f. Lactancia: detección las situaciones que ponen en riesgo la lactancia o de los problemas de lactancia presentes. Así como el reconocimiento de factores protectores y capacidades favorables de la madre y el niño/a para el éxito de la lactancia.

III. Planificación:

En la etapa de planificación deben definirse objetivos a corto y largo plazo que den respuesta a los diagnósticos planteados.

Se debe considerar las expectativas de la madre y el padre en torno al proceso, así como las capacidades de cuidado de la madre, su grado de autoeficacia y su condición de salud. A veces las expectativas no están acorde a la situación que la familia está viviendo y la enfermera/o asesora de lactancia debe acompañarlos en el ajuste entre la expectativa y la realidad.

La meta debe estar consensuada con la madre, transformándola en un agente protagónico del proceso y no en quien recibe “indicaciones”, este debe ser realista y considerar los recursos personales y estructurales.

Es relevante visibilizar el logro de los objetivos a corto plazo, en el que se reconozcan los elementos involucrados en el éxito, así como aquellos que dificultaron el proceso. En la medida que la familia haga consciente los aspectos positivos es posible aumentar la autoeficacia.

IV. Intervención:

La intervención en la clínica de lactancia en domicilio se produce en diferentes fases, las cuales se dan en forma consecutiva y la forma en la que cada una de ellas se desarrolle, influirá en la etapa siguiente. Se presentan las mismas etapas que las presentadas en la relación enfermera - paciente. A continuación se detallarán algunos aspectos específicos de cómo se va desarrollando esta relación en el contexto de la clínica de lactancia en domicilio.

Contacto inicial: el contacto inicial

Clínica de lactancia materna en domicilio, intervención integral de apoyo para el éxito del proceso de lactancia.

generalmente se da por vía telefónica, donde la madre se contacta con la asesora de lactancia, habitualmente porque otra madre ya ha recibido la asesoría y recomienda el servicio. Es muy relevante que, en este contacto telefónico, la madre se sienta acogida, sienta que efectivamente existe disposición auténtica a ofrecerle apoyo y que hay disponibilidad de tiempo. La disponibilidad de tiempo es un factor clave, ya que generalmente la madre que solicita una clínica de lactancia está con alguna dificultad de lactancia, lo que debe asumirse como una urgencia, ya que, de no abordarse en un plazo de tiempo breve, existe un alto riesgo de que esa madre abandone la lactancia.

Fase de acogida: generalmente se da en la primera visita, cuando nos conocemos (enfermera y madre - padre - niño/a - familia) en persona. La actitud del profesional de enfermería es extremadamente importante, ya que de alguna manera estamos invadiendo el espacio más íntimo y de mayor confianza de esa familia, en un período, que como se menciona anteriormente, genera una sensación de vulnerabilidad que habitualmente abrumba a las madres y padres. Se produce la conexión inicial y se va estableciendo una relación de confianza. La contención emocional que pueda dar el profesional de enfermería responde generalmente a una necesidad sentida por la mayoría de las madres. El refuerzo positivo frente a las acciones de los padres es muy importante porque gran parte de ellos siente inseguridad frente a su desempeño como padres.

Abordar el problema de lactancia específico: en esta etapa se realizan todas las intervenciones relacionadas con el

abordaje del problema de lactancia específico. Es de gran relevancia que el profesional de enfermería esté capacitado y actualizado en estos temas, ya que, al estar en el domicilio de la familia, sin otros profesionales del equipo de salud, es vital que el profesional sea capaz de abordar estos problemas de forma autónoma, segura y correcta. En esta fase también es posible; aclarar dudas, derribar mitos en relación a la lactancia y educar en relación a otros aspectos del cuidado infantil y de la madre, entre los más frecuentes se encuentran la alimentación e hidratación materna, cuidados básicos del niño/a (muda, ropa, baño, etc), estrategias de consolución del llanto y cuidados al dormir del niño/a.

Acompañamiento: igual de importante como es la capacidad de resolver los problemas específicos en lactancia, es la capacidad de empatizar con la vivencia que está experimentando el grupo familiar, para poder crear un espacio amoroso y de contención emocional ^(28,29). Donde los padres puedan identificar sus emociones y sentimientos, para poder hacerse cargo de ellos y facilitar una buena salud mental de todos los involucrados, con el propósito de crear un vínculo de apego seguro.

V. Evaluación:

La evaluación se realizará en virtud del cumplimiento de las metas establecidas, por ejemplo, si la madre presentaba dolor al amamantar, se espera que disminuya o desaparezca el dolor, luego de las intervenciones terapéuticas. Si el niño/a no presenta un adecuado incremento de peso, se espera que luego de algunas intervenciones comience a recuperar peso y a lograr un incremento

de peso adecuado. Generalmente cuando se observan resultados positivos, estos también contribuyen a la sensación de tranquilidad de la madre, disminuyen el estrés y la angustia.

Seguimiento: generalmente las clínicas de lactancia a domicilio requieren un seguimiento que se realiza algunos días después de la primera atención (dependiendo del problema de lactancia detectado inicialmente), por lo que nuevamente es necesario evaluar al recién nacido - madre y familia para ver cómo se han implementado los acuerdos tomados y si han sido exitosas, si han surgido algunas dificultades nuevas y como se han sentido los padres con los cambios generados.

Contacto telefónico: habitualmente se mantiene el contacto telefónico con las pacientes, ya que es una vía de comunicación rápida y expedita. En muchos casos las madres tienen dudas puntuales que se pueden aclarar por vía telefónica y no requieren una visita domiciliaria. Por otro lado, permite realizar seguimiento telefónico de la evolución del paciente y tomar algunas decisiones frente a situaciones especiales y orientar a los padres frente a dudas, inquietudes o cambios observados entre un control y otro. Lo rápido del contacto telefónico permite además mantenerse como una red de apoyo para la familia y acompañarlas en el proceso de éxito de la lactancia.

CONCLUSIONES

El inicio e instalación de la lactancia es un proceso de ajuste en el plano personal, de pareja y familiar en el que se transita para encontrar un nuevo equilibrio a la etapa que se inicia. El

cansancio, el malestar físico y desgaste emocional, entre otros, hacen que esta etapa requiera del apoyo de otros integrantes de la familia, como muchas veces son otras mujeres, como por ejemplo las madres, hermanas o amigas⁽²⁹⁾. Sin embargo, es especialmente importante el apoyo que puedan brindar las instituciones de salud y en particular los profesionales de la salud con formación en lactancia materna.

La situación de aquellas familias que se atienden en el sistema privado de salud, supone una situación de menor acompañamiento durante el proceso de lactancia, ya que desde tempranamente la atención está más bien centrada el crecimiento y desarrollo del niño intrauterino y salud de la madre, por lo que escasamente involucra otros aspectos del cuidado del hijo/a, como por ejemplo el amamantar. La literatura señala que muchas madres deciden amamantar, durante el periodo de embarazo por lo que contar con la información adecuada es necesario para iniciar la lactancia⁽²⁹⁾. Al no contar con espacios para abordar estos temas, cada día más mujeres y familias buscan alternativas fuera de los centros de salud privados, en los que en círculos de conversación se puedan abordar temas sobre el nacimiento, lactancia, crianza, entre otros. Las consultoras de lactancia se proponen como una buena alternativa para aquellas familias que buscan apoyo y compañía en el tema.

Las madres identifican a las enfermeras y otros profesionales de la salud como fuente significativa de apoyo, permitiéndoles sentirse seguras, confiadas y alentadas a explorar sus capacidades maternas, en el estudio de Lucchini, et al, 2017 las madres identificaron a la enfermera de la clínica de lactancia como

Clínica de lactancia materna en domicilio, intervención integral de apoyo para el éxito del proceso de lactancia.

una fuente de motivación y apoyo para superar sus dificultades. Asimismo, la evidencia apoya la importancia de establecer una relación enfermera-paciente horizontal, libre de prejuicios, respetando los tiempos individuales y basada en la confianza.

Se recomienda poder caracterizar a las madres de lactantes del sistema privada de salud, puesto que no se disponen de datos estadísticos de este grupo. Del mismo modo, se sugiere que las instituciones privadas avancen en sus prácticas de fomento y apoyo a la lactancia de manera actualizada y coherente, ya que muchas veces las madres deben enfrentar prácticas que dificultan la instalación de la lactancia (como por ejemplo la separación con sus hijos, introducción de mamaderas, recomendación de uso de chupete entre muchas otras) y no cuentan con el apoyo de profesionales capacitados que puedan orientarlas y acompañarlas en el proceso. Actualmente se dispone de la acreditación de los 10 pasos de los Hospitales Amigos de la Lactancia Materna, propuesta realizada por la OMS, sin embargo, no hay clínicas privadas que logren estos estándares.

La posibilidad de acceder a una consultora de lactancia supone un gasto económico extra para la familia, puesto que no es una prestación cubierta por el sistema de ISAPRE, por lo que es necesario poder avanzar en estos términos.

Una de las principales ventajas de la clínica de lactancia en domicilio, se relaciona con la posibilidad de diseñar estrategias de intervención que sean flexibles, adaptadas y ajustadas a las necesidades y requerimientos de las

diferentes madres, familias poblaciones y culturas.

Finalmente, recomendamos que el apoyo sea realizado por una consultora de lactancia y no por personas sin formación en el área ya que muchas veces generan intervenciones contraproducentes e incluso ponen en riesgo la recuperación o mantención de la lactancia. En este sentido es relevante la formación de profesionales en lactancia materna, para que las familias cuenten con apoyo basado en evidencia, efectivos y que no generes perjuicios tanto para la madre como para su hijo(a).

Para concluir, creemos que desde la experiencia profesional como enfermeras, podemos contribuir al cuerpo de conocimientos propios de la disciplina en lo relacionado a los cuidados de la madre y recién nacido y lactante en periodo de amamantamiento, ya que contamos con formación en cursos nacionales e internacionales sobre lactancia materna, además de contar con una experiencia de más de 10 años realizando clínicas de lactancia en centros de atención primaria y en domicilio; en modalidad individual y grupal; dirigidas a madres del sistema público y privado de salud. La experiencia nos ha mostrado que es una prestación que responde a una necesidad de las madres durante este periodo y que tiene un impacto muy importante para el fomento de una lactancia materna exitosa.

Agradecemos a todas aquellas madres que en nuestro camino personal y profesional hemos podido acompañar durante su proceso de lactancia, por compartir con nosotras la sabiduría de madre que cada una descubre en sus hijos y por permitirnos entrar en sus familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [AAFP] AA of FP. Breastfeeding, Family Physicians Supporting (Position Paper) [Internet]. 2012. Available from: <http://www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding.html>
2. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Manual de lactancia Materna [Internet]. Lactancia Materna Lactancia Materna CONTENIDOS TÉCNICOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD. 2010. 238 p. Available from: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Lactancia+Materna#0%5Cnhttp://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Ulxj72VZD0C&oi=fnd&pg=PR9&dq=Manual+de+Lactancia>
3. National Association of Pediatric Nurse Practitioners. NAPNAP Position Statement on Breastfeeding. *J Pediatr Heal Care* [Internet]. 2007;21(2):A39–40. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891524506007322>
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. 2003;1–37. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/g_s_infant_feeding_spa.pdf
5. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna. *Recom sobre Lact Matern del Com Lact Matern la Asoc Española Pediatría*; 2012;1–11.
6. Association AB. Position statement on breastfeeding. *J Pediatr Heal Care* [Internet]. 2013;15(5):0022a–0022a. Available from: <http://www.mosby.com/scripts/om.dll/serve?action=searchDB&searchDBfor=art&artType=abs&id=a117957>
7. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna en niños mayores o prolongada. *Asoc Española Pediatría* [Internet]. 2015;1–7. Available from: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-en-ninos-mayores-o-prolongada>
8. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* [Internet]. 2016;387(10017):475–90. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
9. Academy A, Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* [Internet]. 2012;115(2):496–506. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2004-2491>
10. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Lactancia Materna Exclusiva 2005 - 2015. 2016.
11. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Orientaciones técnicas para la atención en Clínicas de Lactancia Materna. 2016.
12. Wimberly M, Wilkinson M, Hemphill J. Postpartum stress: current concepts and the possible protective role of breastfeeding. *J Obstet Gynecol neonatal Nurs*. 2002;411–7.
13. Belintxon-Martín M, Zaragüeta M, Adrián M, López-Dicastillo O. El

Clínica de lactancia materna en domicilio, intervención integral de apoyo para el éxito del proceso de lactancia.

- comienzo de la lactancia:
14. experiencias de madres primerizas. *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(3):409–18.
15. Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural. 1998.
16. Duvall E. *Marriage and Family Development*. 5ta edició. Nueva York: Lippicott; 1977.
- Montero L, Dois A. *Manual de Atención de Familias para Profesionales de la Salud*. Católica EU, editor. 2012.
17. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. *Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia*. Chile Crece contigo. 2009;120.
18. Heaman M, Chalmers K, Woodgate R, Brown J. Early childhood home visiting programme: Factors contributing to success. *J Adv Nurs*. 2006;55(3):291–300.
19. Cubillos X. *Visita domiciliaria Integral para actuar en Salud Familiar*. Medwave. 2007;(7).
20. Townsend M. *Fundamentos de la Enfermería en Psiquiatría*. cuarta edi. Mc Graw Hill; 2011.
21. Marriner A, Raile M. *Modelos y Teorías en Enfermería*. sexta edic. Elsevier Ltd; 2011.
22. Wambach K, Riordan J. *Breastfeeding and human lactation*. 5ta edició. Jones and Barlett Learning; 2015.
23. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index de Enfermería [Internet]*. 2012 Dec [cited 2017 Nov 30];21(4):209–13. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
24. Grimalt L, Heresi E. Attachment style and maternal representations during pregnancy [Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo]. *Rev Chil Pediatr [Internet]*. 2012;83(3):239–46. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84864080554%7B%7Ddoi=10.4067%7B%25%7D2FS0370-41062012000300005%7B%7DpartnerID=40%7B%7Dmd5=9ad98d0b83420318c2110bde262ce5a8%0Ahttps://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84864080554&doi=10.4067>
25. Dois A, Lucchini R. C, Villarroel D. L, Uribe T. C. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de s??ntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obst??trico. *Rev Chil Pediatr*. 2013;84(3):285–92.
26. Thomas A, Chess S. *Temperament and development*. Brunner Mazel; 1977.
27. Derryberry D, Rothbart M. Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Dev Psychopathol*. 1997;9(4):633–52.
28. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. *Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud [Internet]*. Ministerio de salud 2014 p. 394. Available from: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 en APS_web\(1\).pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma_Técnica_para_la_supervisión_de_niños_y_niñas_de_0_a_9_en_APS_web(1).pdf)
29. Lucchini C, Márquez F, Rivera MS.

1. “Yo quiero amamantar a mi hijo”:
2. develando la experiencia de mujeres que vivieron dificultades en el proceso de amamantamiento. Rev Chil pediatría. 2017;88(5):27–33.
3. Palmér L, Carlsson G, Mollberg M, Nyström M. Severe breastfeeding difficulties: Existential lostness as a mother-Women’s lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. Int J Qual Stud Health Well-being. 2012;7:1–10.