



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Acciones de promoción y fortalecimiento de la lactancia materna

**Mariela Bernal Arias
Claudia Liliana Orjuela Céspedes**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Bogotá D.C., Colombia

2014

Acciones de promoción y fortalecimiento de la lactancia materna

Mariela Bernal Arias
Claudia Liliana Orjuela Céspedes

Revisión temática presentada como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Administración en Salud Pública

Directora:

PhD(C), M.Sc. Odontóloga Rocío Robledo Martínez

Codirector:

M.Sc. Doctor Carlos Arturo Sarmiento Limas

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Bogotá D.C., Colombia

2014

“Puede que la lactancia no sea la mejor opción para todas las madres, pero es la mejor opción para todos los bebés”.

*Lavinia Belli,
Liga de la Leche de Noruega*

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a Dios, porque sin él nada de esto hubiera sido posible, porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para seguir adelante en aquellos momentos de debilidad.

A mis padres, pilares fundamentales de mi existencia, por ese gran esfuerzo de toda una vida de arduo trabajo, sacrificios, preocupaciones, para ayudarme a forjar mi camino, cumplir con mis metas, objetivos y ser una mejor persona. A mis hermanos, ejemplo a seguir, por enseñarme que los sueños se logran a base de esfuerzo, disciplina y dedicación.

Un agradecimiento especial a Nicolás, por ser parte importante de mi vida, por su apoyo incondicional, su paciencia, por ser mi fortaleza en los momentos difíciles y por ser ese motor que me impulsa a levantarme cada mañana. Con mucho amor y cariño, le dedico todo mi esfuerzo.

A la Coordinadora Académica del CFTHS SENA Aura Claudia Sierra por su comprensión y gran apoyo para hacer posible este proceso.

A la Alma Máter: la Universidad Nacional de Colombia y a la Facultad de Medicina por el gran apoyo brindado a este esfuerzo formativo.

A la profesora Rocío Robledo Martínez, directora de trabajo de grado, por su valiosa guía y asesoramiento, su ayuda fue determinante para llevar a cabo esta revisión temática.

Muchas gracias.

Liliana.

A Dios, por darnos cada día la oportunidad de vivir y experimentar lo maravilloso de la existencia humana. A mis amigos por su paciencia, apoyo y comprensión.

A la Universidad Nacional de Colombia y a la Facultad de Medicina, por su acogida con disciplina, carácter y con ese espíritu de compromiso con la sociedad en la formación de hombres y mujeres de mentes abiertas y con la visión de cambiar nuestra sociedad que debe ser mejor cada día.

A la profesora Rocío Robledo Martínez, directora de trabajo de grado, por su apoyo, orientación, asesoría y dedicación para sacar adelante esta revisión temática, con esfuerzo y dedicación constante.

A todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de trabajo.

Mariela

Resumen

Objetivo. Determinar las tendencias en las publicaciones sobre las acciones para la promoción y fortalecimiento de la lactancia materna durante en los últimos diez años.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica analítica, enfatizando en aspectos relacionados con conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud, ventajas y causas de abandono de la lactancia, conocimientos y prácticas de la comunidad, y políticas públicas para el fortalecimiento de la lactancia. Se consultaron las bases de datos de MEDLINE, SCIELO, LILACS y se utilizaron como descriptores términos como lactancia materna, promoción de la salud, Banco de leche, leche humana.

Resultados. Distintos autores publican sobre las innumerables ventajas de la lactancia materna exclusiva; por otra parte, se encontraron varios estudios relacionados con el quehacer de los profesionales de la salud, los cuales se encuentran limitados a encuestas que señalan significativamente la necesidad de mejorar el nivel de conocimientos y habilidades sobre esta práctica.

Conclusiones. A pesar de los beneficios de la lactancia materna, actualmente existen múltiples motivos que conllevan al abandono precoz de esta práctica, entre estos esta la falta de políticas efectivas a favor de su promoción. En los últimos años la duración de la lactancia materna exclusiva ha declinado notoriamente, esto permite evidenciar una vez más la necesidad de fortalecer las actividades de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna exclusiva. El personal de salud es un actor principal para incentivar la práctica de lactancia materna tanto en la etapa prenatal como en la posnatal.

Palabras clave: Lactancia materna, promoción de la salud, Banco de leche, leche humana (fuente: DeSC, B.V.S)

Abstract

Objective. Categorize the publications about actions for the promotion and strengthening of breastfeeding during the last ten years.

Methodology. A analytic bibliographic review was made emphasizing in relating aspects with knowledge, attitudes and practices of personal health, advantages and causes of desertion breastfeeding, knowledge and practices of the community, and public policies to strengthening of breastfeeding. The MEDLINE, SCIELO, LILACS data base was consulted and there were used as descriptors terms of breastfeeding, health promotion, milk bank, human milk.

Results. Different authors publish about the many advantages of breastfeeding; in other way, several related studies were found about the function of health professionals and it is limited in surveys that indicate the necessity of improve the knowledge and abilities of this practice.

Conclusions. Despite of all benefits about breastfeeding, now there are multiple reasons that lead to abandon quickly this practice like the lack of effective policies relating with the promotion. In the last years the time of exclusive breastfeeding has declined strongly and it is allows to show the necessity to strengthening the promotional, protection and support activities of exclusive breastfeeding. The health personnel is the main actor to stimulate the breastfeeding practice in the prenatal and postnatal stage.

Keywords: breastfeeding, health promotion, Banco milk, human milk, breast milk (source: MeSH, Pubmed)

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Abstract	X
Contenido	XI
Lista de cuadros	XIII
Lista de Siglas	XIV
Introducción	1
1. Lactancia materna	5
1.1 Beneficios de la lactancia materna	7
1.2 Situación mundial de la lactancia materna	9
1.3 Problemática y situación en Colombia	11
2. Práctica de la lactancia materna	15
2.1 Promoción de la lactancia materna	15
2.2 Estrategias.....	16
2.2.1 Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño	16
2.2.2 Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia –IAMI	17
2.2.3 Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia- AIEPI	20
2.2.4 Programa "Madre Canguro"	22
2.2.5 Bancos de Leche Humana	23
2.2.6 Redes de apoyo	25
3. Metodología	31
3.1 Tipo de revisión	31
3.2 Fuentes de información	31
3.3 Criterios de sistematización e integración de la información	32
4. Integración de la información	35
4.1 Resultados y análisis de la Información	37
4.1.1 Conocimientos y prácticas del personal sanitario para la promoción de la lactancia a nivel institucional.....	37
4.1.2 Estrategias de promoción, protección y políticas públicas para la promoción y fortalecimiento de la lactancia materna	38
4.1.3 Ventajas, duración y abandono de la lactancia.....	43

4.1.4	Conocimientos, prácticas y representaciones sociales de la lactancia materna	45
5.	Discusión.....	49
6.	Conclusiones y recomendaciones	51
6.1	Conclusiones.....	51
6.2	Recomendaciones.....	51
	Bibliografía	53

Lista de cuadros

	Pág.
Cuadro 1 -1: Duracion de la lactancia materna en civilizaciones antiguas	5

Lista de Siglas

Sigla	Término
AIEPI	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
BLH	Bancos de leche humana
ENDS	encuesta nacional de demografía y salud
ENSIN	Encuesta nacional de la situación nutricional
FAMI	Familia mujer e infancia
IAFI	Instituciones amigas de la familia gestante y la infancia
IAMI	Instituciones amigas de la mujer y la infancia
ICBF	Instituto colombiano de bienestar familiar
IHAN	Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia
LLL	Liga internación de la leche
ODM	Objetivos de desarrollo del milenio.
OIT	Organización internacional del trabajo
OMS	Organización mundial de la salud
OPS	Organización panamericana de la salud
PSAN	Plan de seguridad alimentaria y nutricional
UNICEF	Organización de naciones unidas para la infancia.
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
WABA	Alianza mundial pro lactancia.

Introducción

La leche materna es el mejor y único alimento que una madre puede ofrecer a su hijo tan pronto nace, no solo por su contenido nutricional, sino también por su contribución emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre la madre y su bebé constituye una experiencia especial, singular e intensa, que vincula al padre y a la familia. El amamantamiento es la forma natural, normal y específica de la especie humana para alimentar a sus hijos e hijas. La Organización Mundial de la Salud, define la lactancia natural como la mejor forma de proporcionar el alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres (1)

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres alimentaran exclusivamente con la leche materna a sus hijos durante los primeros 6 meses de vida. La Organización Panamericana de La Salud (OPS), señaló que el riesgo de morir de los niños menores de un año alimentado artificialmente, es de tres a cuatro veces mayor que para los bebés alimentados al seno materno (2).

Existen complejas presiones sociales y culturales que generalmente se ven exacerbadas por el consejo incorrecto de trabajadores de la salud que carecen de destrezas y capacitación adecuada para brindar apoyo a la lactancia materna (3).

Para asegurar que todos los recién nacidos se beneficien de la lactancia materna deben confluír acciones en distintos niveles: gobiernos, sistemas de salud, empleadores, industrias que fabrican alimentos infantiles, organizaciones de base, comunidades. Los Bancos de Leche Humana (BLH) constituyen una pieza importante en este engranaje. El compromiso con esta causa exige acciones colectivas y solidarias que despierten voluntades políticas (4).

Los niños amamantados insuficientemente, se enferman con más frecuencia y mayor gravedad, alcanzando proporciones dramáticas en los países subdesarrollados de las regiones tropicales y subtropicales. Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), anualmente mueren alrededor de 1.5 millones de lactantes por no haber sido amamantados lo suficiente. La lactancia materna durante el primer semestre es un objetivo deseable, y una meta propuesta por diversos organismos internacionales (5).

La estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño tiene por objeto revitalizar las medidas para fomentar, proteger y apoyar una alimentación adecuada, sin olvidar los que viven en circunstancias difíciles, como los lactantes cuyas madres están infectadas por el VIH, los de bajo peso al nacer y los que se encuentran en situaciones de emergencia; enfatiza, no solo en las responsabilidades de los gobiernos, sino también de las organizaciones internacionales, las organizaciones no gubernamentales y otras partes involucradas (6). En la actualidad, la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida se considera un objetivo de la salud pública mundial que está relacionado con la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil, en especial en países en vía de desarrollo (7).

A nivel internacional, en las últimas dos décadas se han implementado varias iniciativas de envergadura para promover la lactancia materna. Desde 1979, la Organización Mundial de la Salud OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, determinaron la necesidad de reglamentar la comercialización de sucedáneos de la leche materna, el cual se adoptó en 1981. Luego, en Ginebra (1989), se realizó la declaración conjunta de diez pasos hacia una feliz lactancia exitosa, la cual continúa implementándose. Posteriormente, la declaración de Innocenti y la Cumbre mundial a favor de la infancia, ambas en 1990, motivaron el fortalecimiento de la lactancia desde los BLH en las instituciones de salud, como una manera de alcanzar las metas establecidas en las anteriores declaraciones.

En Colombia, son varios los factores que han llevado a que la política pública en promoción y protección de la lactancia no se mantenga y no cumpla sus objetivos, por esta razón las acciones están formuladas desde el Plan Decenal Lactancia Materna 2010- 2020 del Ministerio de la Protección Social, en un marco constitucional de derechos de los niños y del código de la infancia y la adolescencia, condensado en la Ley

1098 de 2006. Este tipo de intervenciones en promoción poco a poco se estarían implementando en varias ciudades del país (8).

Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia – ENSIN 2010 (estudio poblacional con representatividad urbana y rural, para 6 regiones, 14 subregiones y 32 departamentos del país, realizada entre los años 2008 y 2010) el 96,8% de los niños fueron amamantados al nacer y el 64, 2% recibió leche materna en la primera hora de vida, pero no fue una lactancia materna adecuada pues, fue exclusiva hasta los 6 meses de edad solo para el 42, 8% de los niños. Para que las mujeres amamanten exitosamente a sus hijos, la ENSIN recomienda los ambientes favorables que promuevan, apoyen y protejan la lactancia materna en el hogar, las instituciones de salud, el sitio de trabajo y los jardines infantiles, mediante estrategias como el inicio temprano de la lactancia materna en las instituciones que atienden partos y el cumplimiento de los 10 pasos para la lactancia materna exitosa (9).

El Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020, busca el compromiso de toda la sociedad, para entender la lactancia materna como un imperativo público fundamental del bienestar y mejorar la calidad de vida de los menores de dos años de edad. La situación desfavorable de la lactancia materna, trae como consecuencia la privación de sus grandes beneficios en la primera infancia, lo que plantea nuevos retos que compromete a la sociedad colombiana, para que en todos los entornos en los que se encuentren los niños y las niñas menores de dos años, sus madres, familias y cuidadores, se desarrollen acciones para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna (10).

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) realizada en Colombia en el 2005 fueron interrogadas las madres sobre varios aspectos de la práctica de lactancia (Profamilia, 2005). Se destacan como principales motivos para no amamantar la no bajada de la leche, la negativa del niño a mamar, la muerte del bebé, enfermedad materna y/o del hijo, problemas del pezón e inconvenientes con la succión. Además se presenta la estadística de niños que han recibido alimentos antes de empezar a lactar. Entre ellos predominan los niños de los departamentos de la costa de Colombia: Chocó, La Guajira, César, Magdalena, Sucre y Córdoba. Por otro lado, el porcentaje más bajo de niños que alguna vez fue amamantado proviene de la región central.

Con respecto a la situación de lactancia en los niños menores de tres años se puede ver que el 70.3% de los niños menores de 2 meses toma exclusivamente leche materna frente a un 11.1% en los niños de 6 meses y un 0.3% en los niños de un año. El 17.9 % de los niños de menos de 2 meses toma leche artificial y el 42.7% de los niños de 1 año no está lactando. El 80.5%, según las estadísticas, de los niños entre 24 y 27 meses de edad no está lactando. Según la ENDS del año 2000, la mediana de duración de la lactancia materna exclusiva fue de 2,3 y en la ENDS del 2005 fue de 2,2, según datos de Profamilia (8).

En Colombia y en el mundo se plantean distintas estrategias para el fomento y protección de la lactancia materna, tales como las Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia- IAMI-, los bancos de leche, las organizaciones comunitarias de apoyo a la lactancia, los lactarios, etc. sin embargo aún vemos que por distintas razones muchas madres toman la decisión de no lactar a su hijos, por lo tanto, se hace énfasis en las categorías de conocimientos y prácticas del personal de salud para promocionar institucionalmente la Lactancia Materna, los Bancos de leche humana y lactarios y las estrategias para promover y proteger la lactancia a nivel comunitario.

Este trabajo, tiene como objetivo realizar una revisión temática de las acciones de promoción y fortalecimiento de la lactancia materna en términos de Conocimientos y prácticas del personal sanitario para la promoción de la lactancia a nivel institucional, Estrategias de promoción, protección y políticas públicas, Ventajas, duración y abandono de la lactancia y Conocimientos, prácticas y representaciones sociales de la lactancia materna.

1. Lactancia materna

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. La OMS recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida (11).

La leche materna es el único alimento exclusivo que necesita un recién nacido y debe continuar con otros alimentos complementarios hasta los dos años de edad o más. Se denomina lactancia materna cuando el lactante recibe el alimento de su madre y lactancia natural cuando al bebé se le suministra leche de una mujer que no es su madre; esta forma de alimentación es la que se fomenta a través de los bancos de leche.

La duración de la lactancia en las antiguas civilizaciones era prolongada; el cuadro 1-1 muestra algunos ejemplos: en Babilonia duraba tres años, iniciando el destete a los dos; en Egipto, los papiros describen alrededor de dos años; los hebreos recomendaban la lactancia por lo menos durante los tres primeros años de vida, de igual manera en la India. Galeno la propugnó hasta los tres años.

Cuadro 1-1. Duración de la lactancia materna en civilizaciones antiguas.

CIVILIZACIONES Y ETAPAS DE LA HISTORIA	DURACIÓN DE LA LACTANCIA
BABILÓNICA 2250 años a.C.	Minimo 2 y máximo 4. Regulación de la lactancia en el código de Hammurabi
Egipcia 1550 años AC	Dos años y medio. Papiro de Ebers, se describe cuidado del bebé e incluso postura para el amamantamiento
Hebrea 500 años a.C.	3 años. Talmud expresa que la lactancia debe ser administrada por la madre. Se excusara a las gravemente enfermas,
India 500 años a.C.	3 años. Rey Asoka ordena elaboración de libro sobre alimentación infantil

CIVILIZACIONES Y ETAPAS DE LA HISTORIA	DURACIÓN DE LA LACTANCIA
China 400 años a.C.	2 años o hasta un nuevo embarazo.
Griega 138 años a.C	2 o 3 años. Se protege especialmente la lactancia materna. Sorano de Éfeso sostiene que debe durar hasta pasado el año y medio, junto con la dentición es uno de los episodios más relevantes en el desarrollo del niño.
Romana 140-130 a.C	Prim eras leyes de protección a la infancia, y primeras tablas que reflejaban el crecimiento físico infantil.
Cristianismo en tiempos de agosto	2 o más años de lactancia. Favorece la lactancia materna para que los niños no sean abandonados.
Siglos IV al VIII	2 años como mínimo. Aunque las nodrizas eran contratadas por 4-5 años.
Edad media siglos IX y X	2 o 3 años. Papa Inocencio II creo en roma primer hospicio. Deberes de las cuidadoras y favorece que tengan bebes para que puedan amamantar a otros de la institución.
Edad media siglos X y XI	Más de 2 años. Libro la generación del feto, el tratamiento de la mujer embarazada y los niños recién nacidos.
Edad media socialización siglos XIV al xix	Más de 2 años. Theodor Fliedner crea en Alemania el instituto para enseñar a las mujeres el cuidado de niños enfermos y revela la importancia de la lactancia materna.

Fuente: Tomado de Lactancia materna. María José Aguilar Cordero.

Las nodrizas han existido a la largo de la historia y en la antigüedad, tenían un papel destacado pues trabajaban para familias pudientes, cuyas madres no querían o no podían amamantar a sus hijos. La lactancia se practicaba algunas veces por caridad y otras mediante pago. Durante el tiempo que permanecían dando el pecho, disponían de alojamiento, salario que incluso en algunos países era reglamentado por la ley. En Egipto, el abandono de los niños era castigado y se consideraba un gran honor la lactancia materna, por lo que las nodrizas gozaban de gran prestigio.

En la Grecia clásica, las nodrizas eran aceptadas, reconocidas y no eran consideradas como esclavas. En el imperio romano se tenían bien definidas las funciones de las nodrizas y las características de sus contratos. Existían mercados llamados LACTARIA, utilizados por los padres con escasos recursos económicos para que una mujer amamantara a los niños y a quien se le pagaba por su servicio. Las nodrizas debían cumplir ciertos requisitos como buena salud y linaje, edad entre 25 y 30 años, tener abundante leche y ser cariñosas y tranquilas (12).

Según las recomendaciones actuales de Naciones Unidas, los lactantes deben ser amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida, e introducir la alimentación complementaria adecuada a partir de los seis meses de edad, continuando

con la lactancia materna hasta los dos años o más. Sin embargo, algunos lactantes no pueden gozar de los beneficios de la lactancia materna en los primeros meses de vida o se interrumpe la lactancia antes de la duración recomendada de dos años o más. Un grupo particular que llama la atención es el de los lactantes cuyas madres son comprobadamente VIH-positivas. Para reducir el riesgo de transmisión, se recomienda que cuando la alimentación de sustitución sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, las madres deben evitar la lactancia desde el nacimiento. De lo contrario, deben amamantar exclusivamente y hacer la transición a la alimentación de sustitución tan pronto como otras opciones de alimentación sean factibles (13).

1.1 Beneficios de la lactancia materna

Son bien conocidas las múltiples ventajas de la leche materna para los niños y del amamantamiento para mujeres. Para niños, la composición nutricional es específica para el ser humano en sus diversas etapas de crecimiento y desarrollo, contiene factores inmunológicos y anti-infecciosos y fomenta el desarrollo psicoactivo, entre muchas de sus ventajas. Para la madre, conlleva beneficios biológicos posparto como la pronta involución uterina, reducción de la probabilidad de cáncer de matriz y seno. Amamantar es práctico, sencillo y económico. La leche materna, acompañada de un adecuado esquema de alimentación complementaria, favorecen el crecimiento y desarrollo de niños.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), basándose en la reunión de consenso de expertos realizada en noviembre de 2007 en Washington, D.C. (14), recomienda la lactancia exclusiva hasta los 6 meses que es un cambio de su posición del año 2005 de introducir alimentos complementarios de la leche materna entre los 4 y 6 meses de edad. Además, se motiva a continuar amamantando al niño hasta los 24 meses de edad (15). Estas recomendaciones han sido reiteradas por Colombia en su Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 (10). En esta reunión de expertos se definieron tres prácticas alimentarias infantiles que fueron adoptadas para el análisis de la ENDS 2010: lactancia materna exclusiva, lactancia materna predominante y alimentación complementaria.

Por “lactancia materna exclusiva” se entiende que el niño recibe solamente leche materna y puede o no incluir rehidratación oral o gotas de vitaminas, minerales o medicinas. La OMS la recomienda hasta los 6 meses.

La “lactancia materna predominante” es aquella en que la leche materna es la fuente principal de alimentación, pero una (o más tomas) es sustituida por otros líquidos no-lácteos tales como agua, jugo de frutas y otras bebidas.

La “alimentación complementaria” se refiere a la práctica alimentaria de dar a los infantes leche materna y otros alimentos semisólidos y sólidos, con el uso optativo adicional de líquidos, incluyendo leche no-materna. Esta se debe iniciar a partir de los 6 meses del niño(15).

La lactancia materna constituye un pilar en el crecimiento, desarrollo y supervivencia de la niñez, teniendo en cuenta que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida se relaciona directamente con el desarrollo del sistema inmune en el recién nacido y un adecuado desempeño escolar. A largo plazo, las personas que de niños recibieron lactancia materna, tienen niveles más bajos de tensión arterial y colesterol, así como menor riesgo para obesidad, sobrepeso y diabetes tipo II en la adultez.

La lactancia materna, establece el vínculo madre-hijo-a, y constituye una experiencia especial, singular e intensa; protege la salud de la madre y aporta a la economía del hogar porque no se invierte dinero en la compra de leches artificiales infantiles, biberones, combustible y tiempo para la preparación. Se reducen los gastos en salud por hospitalización y compra de medicamentos porque los bebés se enferman menos. Contribuye a la protección del medio ambiente porque no requiere de grandes industrias que generan desechos y contaminan el ambiente, por eso la lactancia materna protege el planeta (16).

Estudios recopilados por la OMS corroboran que los niños amamantados tienen menores tasas de diarrea, infecciones de las vías respiratorias, otitis media y otras infecciones que pueden causar la muerte; así mismo, confirman los múltiples beneficios de la lactancia materna en la salud infantil, el desarrollo intelectual y motor. Además de

ser el método de alimentación infantil más seguro y saludable, es el menos costoso. Para muchas familias pobres, los productos sustitutos de la leche materna son inaccesibles por su alto costo y de gran impacto en el presupuesto familiar.

Los lactantes que iniciaron la lactancia materna temprano (en el transcurso de los tres primeros días después del nacimiento) presentaron una tasa de diarrea menor correspondiente al 26%, que los lactantes que iniciaron la lactancia materna tardíamente (después del tercer día). En los niños y niñas que recibieron fórmula, en comparación con aquellos que sólo recibieron lactancia materna de forma exclusiva, se observó un incremento del 80% en el riesgo de padecer diarrea y un incremento del 70% en el riesgo de padecer una infección del oído.

La lactancia materna exclusiva durante los tres primeros meses de vida puede evitar el 55% de los fallecimientos asociados con enfermedades diarreicas e infecciones agudas de las vías aéreas.

Los estudios confirman que los niños amamantados sobresalen en pruebas de desarrollo intelectual y motor, en comparación con los que no son amamantados. Las madres lactantes tienen menos riesgo de sufrir cáncer de mama y de ovario (17) y contribuye al retorno del peso corporal más rápido.

1.2 Situación mundial de la lactancia materna

La lactancia materna es un hecho biológico, que se ha visto modificado por influencias sociales, económicas y culturales. Existe una tendencia a delegar esta función: ya desde la antigüedad, las clases más privilegiadas delegaban la alimentación de sus hijos en mujeres de clase baja, llamadas madres de alquiler o nodrizas (18).

Hasta principios del siglo XX, el tiempo de lactancia era de 18 meses a tres años de vida y a lo largo del siglo, la frecuencia y duración de la lactancia materna disminuyen de forma dramática. Estados Unidos fue el gran precursor de este descenso: hasta 1990 en varios estados se detenía a las mujeres que amamantaban en público, acusándolas de

exhibicionismo. La pediatra Cecily Williams, defensora de la lactancia en su famosa conferencia en 1939 en Singapur, titulada “Milk and murder” (“leche y asesinato”), pedía que fuera castigada la publicidad engañosa sobre alimentación infantil porque la consideraba una forma criminal de sedición (19).

El número de madres que inician la lactancia, así como su duración han venido sufriendo fluctuaciones debido a la falta de uniformidad en los criterios de los profesionales sanitarios y a presiones publicitarias que han llevado al fracaso de la lactancia materna. Después de la Segunda Guerra Mundial, la lactancia materna fue abandonada de manera progresiva, llegando en los años 70 a niveles mínimos en países como EE. UU. Esto motivó la realización de campañas para promover la lactancia materna, que han logrado un aumento progresivo pero sin llegar a los niveles recomendados a nivel mundial. Las tasas bajas y el abandono precoz del amamantamiento acarrear considerables efectos adversos sanitarios, sociales y económicos (20).

En la actualidad, a pesar que existe un mayor conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna y de las campañas para recuperar esta práctica saludable, nos encontramos con múltiples dificultades. Ha desaparecido la cultura del amamantamiento, por factores como las modificaciones químicas de leche de vaca para asimilarla a la humana, la incorporación de la mujer al trabajo y el pensamiento feminista que considera la lactancia artificial como una liberación y los enormes intereses económicos e industriales de los fabricantes de sucedáneos de la leche; por otra parte los profesionales sanitarios participan activamente en el proceso del parto y crianza, con intervenciones rutinarias erróneas que dificultan el proceso natural de la lactancia(21).

El periodo entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos; estudios longitudinales han comprobado que es la edad pico en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez como la diarrea. Después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente (22). Sin embargo, los estudios realizados por la OMS en Brasil, Estados Unidos, Ghana, India Noruega y Omán confirman que los niños nacidos en cualquier lugar del mundo y que disfrutaban de un

óptimo comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en el mismo nivel de talla y peso, esto significa que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años depende más de las prácticas de alimentación, nutrición, el medio y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos (23).

Los niños y las niñas pequeños en los países de la región de América Latina y el Caribe que viven en situaciones de vulnerabilidad sufren de malnutrición en diversas formas. La magnitud y severidad del problema está estrechamente relacionada con la inequidad y la exclusión social de grupos específicos especialmente, los pueblos indígenas, afrodescendientes y campesinos, situación que se ha visto agravada por la crisis de alimentos. Estos países han tenido que impulsar distintos programas para aliviar la situación de pobreza extrema e inseguridad alimentaria, que incluyen la atención materno-infantil con enfoque en la promoción de la lactancia materna y complementación alimentaria a mujeres embarazadas y en período de lactancia, así como a niños y niñas lactantes y preescolares.

A pesar de las deficiencias en la información disponible, se estima que en la Región de Latinoamérica y El Caribe solamente alrededor de 40% de los niños y niñas reciben leche materna exclusiva durante 6 meses. Al realizar el análisis por grupos de países se constata que solamente 24% de los lactantes en El Salvador, 25% en Panamá y 31% en Nicaragua son amamantados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida. Estos bajos índices indican un abandono de la práctica de la lactancia materna exclusiva. Ecuador está en una situación intermedia, con 40% seguidos de Bolivia con 54% y Chile con 63%. Es evidente la necesidad de realizar acciones concretas, no solamente programas de comunicación, dirigidos a la población objeto y profesionales involucrados, sino a los gobiernos que deben favorecer las condiciones para hacer posible la lactancia materna en un mundo cada vez más globalizado (24).

1.3 Problemática y situación en Colombia

De acuerdo con la Encuesta de la Situación Nutricional (ENSIN) y a la Encuesta de Demografía y Salud del año 2010 (ENDS), la práctica de la lactancia materna en

Colombia está lejos de las recomendaciones internacionales y políticas nacionales. Casi la totalidad de las madres (96.0%), manifiestan haber amamantado a su hijo alguna vez y el 4% restante menciona que no amamantó porque, el “niño falleció o rehusó”, o por “enfermedad del niño o de la madre”, “problemas del pezón o de succión”. Las madres que si amamantaron manifiestan que la suspendieron porque, “se les secó”, el niño “rehusó”, porque “ya era la edad” y por el “trabajo”. La ausencia de la lactancia materna y las prácticas inadecuadas de la alimentación complementaria están asociados a los problemas nutricionales en la primera infancia y en la edad adulta. 13 de cada 100 niños y niñas menores de cinco años, presentan retardo del crecimiento, cifra que llega a 16% en los niños entre 12 y 23 meses. El 3.4% de los niños y niñas menores de cinco años, tienen déficit de peso para la edad. El 5.0% en sobrepeso y si están entre los 10-11 meses esta cifra alcanza el 7%. Además, uno de cada cuatro niños entre los 6 a 59 meses presenta anemia (27.5%), cifra que alcanza el 59.7% en el primer año de vida (25).

Pese a los innumerables beneficios de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida, las mamás colombianas solo están lactando exclusivamente con leche materna 1,8 meses en promedio, según la última ENSIN-2010. El promedio hace cinco años era de 2,2 meses, lo que marca un retroceso.

La tendencia de la mediana de la duración de la lactancia materna exclusiva (punto medio en el número de meses que las mujeres que habían tenido un hijo en los últimos cinco años han proporcionado a sus hijos leche materna de manera exclusiva) ha tenido fluctuaciones a lo largo de los últimos 15 años alcanzando su punto más alto en el 2005 con 2,2 meses de lactancia materna exclusiva. Para el 2010 esta duración ha disminuido a 1,8 meses. Este valor es extremadamente bajo, teniendo en cuenta que la duración de la lactancia materna exclusiva recomendada por la OMS desde 1984 es de seis meses.

Marcadas diferencias se observan a nivel regional, donde las madres de la región Caribe lactaron durante menos de un mes, siendo Barranquilla la subregión en la que las madres tienen una menor duración mediana de lactancia (0.5 meses). La duración de lactancia en Bogotá, fue de 2.6 meses. Por otro lado, las regiones que más tiempo lactan a sus niños son Orinoquía y Amazonía con 2.9 meses de duración. A su vez, las madres sin educación lactan durante mayor tiempo a sus hijos, mientras que no se

observa una relación clara entre el índice de riqueza y la lactancia exclusiva. No obstante, cabe resaltar que estas duraciones son insuficientes para conseguir los beneficios que ofrece la lactancia materna y que el país entero se encuentra en un déficit alarmante en materia de lactancia materna exclusiva.

En Colombia, las instituciones de salud que prestan servicios a madres y recién nacidos, trabajan para convertirse en Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia-IAMI que es una iniciativa liderada por UNICEF y la OMS que promueve la lactancia materna y la atención de calidad a los niños y madres por medio de 10 pasos dirigidos a los ámbitos intrahospitalario y comunitario. Actualmente solo 334 instituciones están certificadas como IAMI de las 51.430 que se encuentran habilitadas para atención materno infantil. Esta cifra es muy deficiente teniendo en cuenta que Colombia adoptó de manera integral este programa desde el año 1991 y que ha constituido una experiencia que ha demostrado ser efectiva en el mejoramiento de la salud materna y de la infancia.

La lactancia materna hace parte de las estrategias para la erradicación del hambre dentro del objetivo 1 de los ODM. Adicionalmente, la promoción de la lactancia materna es una de las estrategias para el mejoramiento de la salud infantil y la nutrición del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. También se menciona como uno de los objetivos de dicho Plan el incremento de un mes en la lactancia mediana.

A pesar de lo anterior, las estrategias encaminadas a promover la lactancia materna exclusiva no fueron efectivas y la meta no se cumplió, teniendo en cuenta el resultado ya mencionado de la ENSIN 2010 en el cual se disminuyó de 2.2 a 1.8 meses la duración mediana de la lactancia materna exclusiva. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, muestra que el 96% de las madres colombianas iniciaron el amamantamiento en las primeras horas del nacimiento de su hijo, lo cual muestra la existencia de un período sensible de la madre en el que hay mayor disposición para iniciar y mantener esta labor por periodos más largos (25).

2. Práctica de la lactancia materna

2.1 Promoción de la lactancia materna

Los miembros de las Naciones Unidas ratificaron la importancia y la urgencia de implantar una política sanitaria en la denominada Declaración de Innocenti conteniendo la “Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño” de la OMS y UNICEF y que aprobó la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2002 (26).

En Colombia, la Constitución Nacional de 1991 contempla la “alimentación equilibrada” como un derecho fundamental de los niños y es reiterado en el código de infancia y adolescencia de 2006. El país ha contado con diferentes planes, entre ellos el Plan Nacional de alimentación y nutrición 1996-2005, la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional, PSAN 2008 y en la actualidad el plan decenal de lactancia materna 2010-2020 (10).

Como una medida de protección a las madres trabajadoras se plantean las Salas Amigas de la Familia Lactante en el entorno laboral, que se convierten en un escenario para garantizar los derechos de las madres y la infancia, lo que contribuye a fortalecer las políticas públicas de Primera Infancia, Seguridad Alimentaria y Nutricional y Plan decenal de Lactancia Materna, en el cumplimiento de sus objetivos, acciones y metas, encaminadas a mejorar la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras (25).

La ENSIN 2010 presenta información valiosa sobre la causalidad del pobre inicio de la lactancia materna o el abandono rápido de la misma. Las mujeres que no pudieron lactar afirman principalmente que la leche no les bajó, que el niño rehusó la leche, que el niño estaba enfermo o que había problemas en el pezón o problemas en la succión del niño y aquellas mujeres que suspendieron la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses argumentan que se les acabó la leche o que el niño la rechazó.

Se afirma que el éxito de la lactancia materna depende en gran parte de toda la asesoría e información que hayan recibido las madres antes del parto, en los primeros días después del él y durante los primeros dos años de vida de sus hijos (27).

Frente a problemas de salud del bebe y hospitalización del mismo, las instituciones de salud muchas veces no cuentan con estrategias implementadas para contribuir a que la madre brinde lactancia materna a sus hijos, llevando a que los niños enfermos signifiquen automáticamente: leche de fórmula y terminación de la lactancia materna. Además, la familia gestante y lactante recibe información valiosa por parte del personal de la salud, el cual no siempre está en sintonía con la lactancia materna, llevando a recomendar o formular leches artificiales como solución a los problemas relacionados con el acto de amamantar, referidos por las mujeres.

2.2 Estrategias

La Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, en conjunto han liderado el fomento y protección de la lactancia materna. UNICEF apoya activamente la lactancia materna y promueve el código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna, los hospitales amigos del niño, la semana mundial de la lactancia materna, en el mes de agosto y la importancia de la leche materna en situaciones de emergencia y para madres con VIH.

2.2.1 Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desarrollaron conjuntamente la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño (EM), cuyo propósito fue reafirmar las metas de la Convención de Innocenti de 1995 y otros nuevos objetivos. Identifica claramente la importancia de establecer prácticas óptimas de alimentación infantil para reducir las

inequidades sociales, la malnutrición y la pobreza. La EM también es una guía sobre cómo proteger, promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y dar continuidad a la lactancia, haciendo una combinación entre esta y una alimentación complementaria adecuada y apropiada con otros alimentos locales a partir de los seis meses (28).

Una obligación esencial de los gobiernos, es formular, ejecutar, controlar y evaluar una política nacional para la puesta en marcha de esta estrategia y que asegure el uso adecuado de los recursos y de los esfuerzos de coordinación.

Los instrumentos políticos, internacionalmente reconocidos, para promover, proteger y apoyar esta práctica son: la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, el Código Internacional sobre Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y las posteriores resoluciones relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo (OIT): Convención sobre la Protección de la Maternidad, 2000. No. 183 (29).

2.2.2 Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia –IAMI

En Reunión de OMS-UNICEF sobre prácticas de alimentación infantil (1979) se impone la necesidad de un código que reglamente la comercialización de sucedáneos de la leche materna. Años después (1981) la OMS adopta el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna y posteriormente (1989) en declaración conjunta OMS-UNICEF de la Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Natural se enuncian los pasos hacia una feliz lactancia natural (30).

La historia de la IAMI se inicia en Colombia en el año de 1991 con el Plan Nacional de Lactancia Materna, formulado en respuesta a los compromisos adquiridos por el país en la Cumbre Mundial de la Infancia. Constituyó la estrategia eje del Plan con el propósito de recuperar la beneficiosa práctica de la lactancia materna y disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil, derivadas del consumo inadecuado de fórmulas infantiles y del inicio precoz de alimentos complementarios. Si bien los muy conocidos “Diez pasos

hacia una lactancia exitosa” fueron diseñados para promover, proteger y apoyar la lactancia materna, su puesta en marcha en las instituciones de salud con atención materna e infantil, fue demostrando la gran potencialidad de la estrategia como integradora de los procesos de gestación, parto, puerperio y crecimiento y desarrollo infantil, lo cual necesariamente condujo a plantear el tema de la calidad de la atención.

La Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) es una iniciativa propuesta al país por UNICEF para motivar a las instituciones de salud a mejorar sus prácticas de atención en salud y nutrición materna e infantil, siguiendo los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, responsabilidad social y rendición de cuentas.

Actualmente en el mundo y en Colombia, muchas instituciones que prestan servicios de salud a madres e hijos están trabajando para convertirse en “Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia”, IAMI, lo cual significa instituciones que apoyan la lactancia materna, que ofrecen atención integral a las madres, niñas y niños y que mejoran la calidad de la atención que se les presta. La iniciativa IAMI se desarrolla a través de una metodología que le permite al personal de salud prestar un servicio integral con calidad y calidez. Consiste en cumplir 10 pasos que contemplan:

Paso 1: Disponer de una política institucional en favor de la atención integral a madres, niñas y niños.

Paso 2: Capacitar a todo el personal de salud en la manera de implantar esta política.

Paso 3: Educar y orientar a las gestantes y a sus familias en todos los aspectos de la gestación y el parto.

Paso 4: Ofrecer la posibilidad de un parto atendido con calidad, sin intervenciones médicas innecesarias en un ambiente de intimidad y respeto, favoreciendo la presencia del compañero, esposo o una persona querida para la madre

Paso 5: Brindar ayuda práctica y efectiva a las madres en el posparto inmediato para que puedan poner en práctica la lactancia materna y los cuidados del recién nacido.

Paso 6: Favorecer la lactancia materna exclusiva y sin horarios.

Paso 7: Procurar el contacto permanente madre-hijo durante la estancia hospitalaria.

Paso 8: Eliminar el uso de chupos, biberones y leches artificiales.

Paso 9: Conformar grupos comunitarios de apoyo a la lactancia materna y a los programas dirigidos a prevenir enfermedades prevalentes de la infancia.

Paso 10: Brindar capacitación y apoyo a las familias en proceso de lactancia con ayuda de la red de apoyo.

El fomento a la lactancia materna es una de las líneas de acción del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición cuyo liderazgo está bajo la responsabilidad del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF. Toda madre tiene derecho a recibir información precisa, veraz y oportuna sobre la manera de alimentar correctamente a sus hijos e hijas. Esto significa aprender cómo dar lactancia materna en forma exclusiva los primeros seis meses y cómo iniciar otros alimentos para complementar la lactancia hasta los dos años.

En Colombia, el Ministerio de salud y Protección Social, las entidades territoriales de salud, las EPS, ESE, ICBF y ONG que trabajan por la nutrición, conocen la Iniciativa IAMI y pueden brindar información acerca de la manera de poner en práctica los 10 pasos.

La experiencia mundial ha demostrado que la estrategia IAMI es una de las intervenciones más costo efectivas para disminuir morbilidad y mortalidad infantil y para favorecer el vínculo afectivo del nuevo ser con sus progenitores y con su entorno, pero lamentablemente, como ocurre con otras intervenciones como es el caso de las sales de rehidratación oral para el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, a pesar de que sabemos que funcionan, se han ido dejando de lado en pos de nuevas intervenciones dirigidas a atender situaciones de emergencia. Es necesario volver a insistir en estas estrategias e iniciativas de bajo costo que salvan vidas y mejoran el bienestar de las mujeres, de la niñez y las familias. Hasta el momento, Colombia cuenta con un número de 120 IPS reconocidas como IAMI, cifra que resulta bastante escasa si se tiene en cuenta el total de IPS del país y particularmente el gran potencial de esta estrategia como

integradora de acciones de atención primaria en salud para las madres y la primera infancia (31).

2.2.3 Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia- AIEPI

Estrategia desarrollada por OMS y UNICEF para reducir la mortalidad y promover el crecimiento y desarrollo saludable de los niños. AIEPI promueve las prácticas apropiadas de alimentación, para el niño sano y para el enfermo. En los países donde el programa AIEPI ha sido evaluado, las prácticas de alimentación han mejorado y los niños presentan menos retraso en el crecimiento y es una importante estrategia para las intervenciones relacionadas con la alimentación del lactante y del niño pequeño, a través de la cual se puede alcanzar a muchos niños y mejorar la cobertura (29).

La estrategia AIEPI fue creada en 1992, siendo adoptada por Colombia en 1998. Desde entonces ha venido evolucionando en una adaptación continua en forma y contenido de acuerdo con las realidades del país. En la región de las Américas, la estrategia se ha adoptado en el marco del cumplimiento del punto cuatro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que busca una reducción de la mortalidad infantil en dos terceras partes. Consta de tres componentes, el clínico, el comunitario y el de organización local. Cada componente busca intervenir de forma prioritaria las enfermedades más prevalentes en los menores de cinco años, con el fin de lograr su objetivo principal de reducir la mortalidad infantil.

En muchos de los casos, la muerte prematura de nuestros niños y niñas, así como las madres, se da por falta de conocimientos sobre el cuidado de su salud por parte de quienes les rodean. Esto significa que en la mayoría de los casos son prevenibles. Por eso, con el fin de informar y entrenar tanto a las comunidades como a quienes prestan servicios de salud en ellas, han sido desarrolladas e implementadas con éxito, dos estrategias en el marco de una política pública nacional: la Política de Seguridad Alimentaria Nutricional (SAN), del CONPES 113, la Estrategia Atención integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia (IAMÍ).

La Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, parte de la premisa: “Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana.” (Cumbre Mundial sobre la Alimentación, 1996)

La finalidad de la integración de estas estrategias es contribuir a la reducción de la desnutrición de las mujeres gestantes, de los recién nacidos (desde el nacimiento hasta los 28 días) y de los menores de dos años a través de estrategias y metodologías que fortalezcan los servicios de salud y la vigilancia comunal, la visita domiciliar focalizada y la movilización de los actores sociales para construir prácticas saludables y prácticas sociales desde la gestación hasta los primeros dos años de vida, visibilizando también al recién nacido para propender por la seguridad alimentaria en un territorio o ámbito definido.

La propuesta de articular las estrategias IAMI, AIEPI en el marco de SAN, estrategias que se vienen desarrollando de forma independiente, a fin de que, al estar acopladas, sea posible abarcar de forma integral las diferentes necesidades que afectan el sano desarrollo de la familia gestante y de la primera infancia, con base en que en esta articulación, cada una de ellas aportará las fortalezas que le son propias para suplir las limitaciones de las demás, con lo que el proyecto se verá beneficiado desde lo técnico, lo conceptual y lo instrumental.

Considerando las diferentes realidades, el eje de la intervención radica en fortalecer el establecimiento de la visión de las comunidades y las familias para que ellos mismos, después de haber internalizado la necesidad de enfrentar el problema que viven las mujeres lactantes, inicien acciones desde el conocimiento de gestantes, recién nacidos, niñas y niños menores de dos años, para implementar acciones que propendan a garantizar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, a pesar de la serie de circunstancias o dificultades que pueda tener a cada familia (29).

2.2.4 Programa "Madre Canguro"

El continuo mejoramiento de los procesos de atención en salud a los infantes de nuestro país no sólo produce un gran impacto en su calidad de vida, a corto y mediano plazo, también se convierte en una base firme para la edificación de una sociedad sana y con futuro.

La puesta en marcha y la expansión de programas de salud infantil son una prioridad para la construcción de una Colombia viable y saludable. Por eso, cobra gran importancia la implementación y consolidación del programa "Madre Canguro", proceso reconocido por la comunidad científica internacional como una alternativa eficaz, segura y económica para el manejo del recién nacido prematuro y/o de bajo peso al nacer, no sólo desde el campo médico, también desde los aspectos psicológico y social (32).

El método madre canguro, se define como un contacto piel a piel temprano, prolongado y continuo entre la madre (o un sustituto de la madre) y el bebé prematuro o de bajo peso, con lactancia materna exclusiva (idealmente), en el hospital y después del alta (que puede ser anticipada), y con un buen seguimiento en su casa. La primera vez que fue descrito este método, fue en Colombia en el año 1978 (hoy se aplica en unos 30 países), que se difundió rápidamente en toda América latina y en otros continentes.

Éste método es simple, de bajo costo y es independiente de máquinas y materiales, en realidad lo único que se necesita es personal preparado y motivado y una madre muy apoyada por el personal de salud y la familia. Muchos estudios realizados en países ricos como en los pobres, han descrito las ventajas de este método como el control de la temperatura y otros parámetros fisiológicos y vitales, la promoción de la lactancia materna, reducción de las infecciones, otras enfermedades graves y para mejorar el vínculo entre la mamá y el bebé en aquellos lugares donde se aplica este método, se informa a la mamá en qué consiste, luego la mamá hace su elección.

2.2.5 Bancos de Leche Humana

La Organización Mundial de la Salud OMS se refiere a los Bancos de Leche Humana como una de las mejores estrategias sanitarias en la disminución de la mortalidad infantil y en la protección de la lactancia materna, además reconoce la Red como la estrategia de bajo costo y elevado impacto social, que más ha contribuido para la reducción de la mortalidad infantil.

Esta iniciativa nace en Brasil hace aproximadamente 20 años; en el 2007 se firma el convenio de cooperación internacional con Brasil y el Ministerio de la Protección Social, donde se establece la implementación de Bancos de leche Humana en Colombia bajo la asistencia técnica y apoyo del Ministerio de Brasil.

El objetivo a nivel mundial de los Bancos de Leche es cumplir con las metas de crecimiento, desarrollo de nuevos nacimientos y la reducción de la mortalidad infantil, en especial en aquellos países de menores recursos. Estos bancos representan una gran ayuda para el nuevo milenio y la donación representa una estrategia muy eficaz para promover y apoyar la Lactancia Materna.

Los Bancos de Leche no están en contraposición a la Lactancia Materna sino que contribuyen con la misma a través del estudio y perfeccionamiento de técnicas que conservan y estimulan la actividad de la lactancia en las madres: se ha demostrado que la instalación de un banco de leche en una determinada región, aumenta la tasa de lactancia materna en dicho lugar (33).

En noviembre de 2011 fueron inaugurados los dos BLH del país, uno en el Hospital San Rafael de Fusagasugá, en el departamento de Cundinamarca y el otro en el Hospital Federico Lleras de Ibagué, en el departamento de Tolima.

El Banco de Leche Humana contribuye a la disminución de los índices de la mortalidad infantil, a combatir la desnutrición en menores de cinco años al brindar una alimentación adaptada, natural y segura con alto valor nutricional y bacteriológicamente segura.

El BLH cuenta con una reserva de leche materna pasteurizada que se ofrecerá a los recién nacidos en condiciones especiales: de bajo peso, prematuros, con infecciones, hijos de madre VIH, en condición de abandono, entre otros. Cada vez que una madre amamanta a su hijo brinda una vacuna de amor y aporta protección disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades en la primera infancia, garantizando un niño saludable hoy y un adulto productivo en el mañana (33).

En junio del año 2011 la Secretaría Distrital de Salud realizó el lanzamiento de una campaña que busca promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y complementaria hasta los dos años y como la clave para lograr la disminución de la mortalidad infantil. La nueva estrategia se denomina Bogotá de Puertas abiertas a la Familia Gestante.

De acuerdo a las cifras reportadas por la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN, 2010), en Bogotá, la práctica de la lactancia materna ha aumentado a 16.1 meses la duración total y la lactancia materna exclusiva está en 2.6 meses. Sin embargo y a pesar de los avances logrados en este aspecto, aún no se logra alcanzar que todas las madres lactantes realicen esta práctica de manera exclusiva hasta los seis meses de edad.

Con esta estrategia el distrito reforzará las acciones para garantizar la realización de esta práctica:

- Instauración de la lactancia materna en las mujeres gestantes y lactantes incluidas en el programa Salud a su Casa.
- Actividades de capacitación y entrenamiento en lactancia materna dirigidas a las mujeres gestantes, madres lactantes y sus grupos familiares en el curso de maternidad y paternidad de los hospitales.
- Protección y apoyo a la lactancia materna a través del fortalecimiento y la creación de redes y grupos de apoyo comunitario.

- Promoción de la lactancia materna y la alimentación infantil saludable en algunos jardines de las 20 localidades del distrito.
- Implementación y fortalecimiento de la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI), una iniciativa mundial apoyada por UNICEF y con la cual se promueve el inicio temprano de la lactancia materna. Actualmente Bogotá cuenta con 129 instituciones de la red pública, certificadas en la estrategia IAMI.
- Implementación y fortalecimiento de la estrategia Instituciones Amigas de la familia gestante y la Infancia (IAFI), diseñada por la Secretaría Distrital de Salud con el apoyo técnico de UNICEF y OPS y tiene como fin promover la calidad y calidez en la atención en salud a la población materna e infantil. Bogotá cuenta con 75 instituciones de la red pública, certificados como instituciones IAFI.
- Fortalecer el proyecto Sala empresarial amiga de la familia lactante, liderada por la Secretaria de Integración Social, la cual tiene como objeto contribuir a que las madres trabajadoras puedan hacer uso del derecho de practicar una lactancia materna óptima. Actualmente, el Distrito cuenta con la primera sala acreditada en la Secretaria Distrital de Salud (34).

2.2.6 Redes de apoyo

La Liga de La Leche (LLL) es una organización no gubernamental, sin fines de lucro, religiosos o políticos, que promueve y apoya la lactancia materna con un estilo de crianza que valora la maternidad. El resultado de esta práctica, se traduce en grandes beneficios para la salud física y emocional de la familia. Se encuentra presente en más de 85 países, fue fundada en 1956 y es la organización más antigua y grande en su género. Cuenta con un consejo consultor profesional formado por más de 50 especialistas en pediatría, obstetricia, nutrición, psicología administración y derecho. La Leche League International tiene status de Organismo No Gubernamental (ONG) en la Organización de las Naciones Unidas (35).

En la actualidad tiene presencia en más de 85 países, apoyando a más de 300.000 madres todos los meses. El Nombre Liga de la Leche se inspiró en el antiguo santuario español del siglo XVI localizado en San Agustín, Florida, dedicado a “Nuestra Señora de la leche y el buen parto” (36).

La Liga de La Leche fue fundada para proporcionar información, apoyo y estímulo, principalmente a través de ayuda personal, a todas las madres que quieran amamantar a sus hijos. Al mismo tiempo que complementa el cuidado del médico y de otros profesionales de salud, reconoce la importancia especial de que una madre ayude a otra a percibir las necesidades de su niño, y aprender la mejor manera de satisfacerlas.

La Liga de la Leche Internacional es una autoridad reconocida en el mundo entero. Es miembro del Comité de Organizaciones no gubernamentales consultoras en el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF–; mantiene “relaciones oficiales de trabajo” con la Organización Mundial de la Salud –OMS–; actúa como organización privada y voluntaria para la Agencia de Desarrollo Internacional –IDA–; es un miembro acreditado de la Asociación Madres Sanas, Bebés Sanos de los EE.UU; participa en programas internacionales, como la iniciativa hospitales amigos de los niños de UNICEF; es uno de los miembros fundadores de la Alianza Mundial pro Lactancia –World Alliance for Breastfeeding Action, WABA –, entre muchas otros reconocimientos (37).

En Colombia la Liga de la Leche funciona desde 1976 y actualmente está presente en Bogotá, Medellín y Cali, a través de sus grupos de apoyo, la ayuda madre a madre, la capacitación a los profesionales e instituciones de salud y su participación en el desarrollo de proyectos de promoción de esta práctica natural. La norteamericana Carolina E. de Villa fue la fundadora de la Liga en nuestro país. En unión con la Universidad de Antioquia y el Grupo de Alimentación Materna de Antioquia –AMA–, la Liga ha liderado la coordinación y ejecución de varios proyectos de Sensibilización y Capacitación en Lactancia Materna y la implementación de la Iniciativa IAMI Institución Amiga de la Mujer y la Infancia, del plan MANÁ –Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia– de la Gobernación de Antioquia, llegando a la mayoría de municipios antioqueños, en donde se han capacitado funcionarios de salud, directores locales de salud, madres FAMI de Bienestar Familiar y líderes comunitarias.

Adicionalmente, desde el año 2001, la Liga de la Leche de Medellín capacita a los funcionarios de las instituciones de salud que deben cumplir una serie de requisitos y comprometerse a promover la lactancia para ser acreditadas como instituciones IAMI.

Se denomina Grupos de apoyo a la lactancia materna a un movimiento social, surgido a mediados del siglo XX, formado por asociaciones que brindan apoyo a mujeres que desean amamantar. Los grupos se formaron a iniciativa de madres que consideran que si bien amamantar, posee un componente fisiológico e instintivo, también requiere aprendizaje y que, en ocasiones, las mujeres necesitan el apoyo de otras mujeres con experiencia para poder amamantar con éxito a sus hijos.

Son organizaciones de voluntariado social, que desarrollan proyectos basados en grupos de ayuda mutua y ofrecen distintos servicios y actividades. Los grupos de apoyo complementan la asistencia que ofrecen los servicios de salud, cubriendo aspectos relacionados con la lactancia. A lo largo de los años un número mayor de embarazadas, madres, padres, bebés, otros familiares y amigos han acudido a estos grupos, extendidos actualmente por todo el mundo, para hablar de lactancia, compartir experiencias y resolver dudas y dificultades.

Los servicios que ofrecen incluyen reuniones periódicas, atención personalizada, teléfono de urgencias, servicio de biblioteca, material de consulta escrito y virtual, vídeos, préstamo de material específico de lactancia materna y organización de iniciativas de sensibilización social.

A finales de los años 80 organizaciones como la OMS y UNICEF investigaron los condicionantes de la lactancia y los factores que influyen en la elección del amamantamiento, e identificaron a los grupos de apoyo como un elemento clave en sus estrategias de apoyo a las madres que amamantan y así puede leerse en la Declaración Conjunta OMS/UNICEF de 1989:10

“En muchos países las mujeres han constituido grupos sociales de apoyo que ayudan a las madres que desean amamantar a sus hijos. Los agentes de salud apoyaran la creación y funcionamiento de estos grupos y remitirán a ellos a las madres, sobre todo a las jóvenes inexpertas, al ser dadas de alta del hospital o clínica. Los consejos

individuales, la educación sanitaria y los materiales informativos que facilitan estos grupos pueden servir de complemento importante a los esfuerzos de los agentes de la salud. Se fomentará la distribución de este material mediante el sistema sanitario.”

La IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia) un proyecto de la OMS y el UNICEF surgido en 1991-1992, tiene por objetivo evaluar la calidad asistencial a las madres lactantes en los hospitales y maternidades. La iniciativa identifica 10 Pasos que deben observar los servicios de maternidad para facilitar la lactancia materna. En el último paso puede leerse:

Paso 10.- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que la madre se ponga en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica. Iniciativas y declaraciones posteriores de la OMS y UNICEF tales como la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño (2002) o la Declaración de Innocenti (2005), reconocen el apoyo hacia la madre realizado por los grupos de apoyo como una parte importante de sus estrategias de apoyo a la lactancia materna.

Muchos de los problemas que enfrenta una madre lactante no son de carácter médicos y pueden ser resueltos por otra madre con experiencia. El apoyo por otras madres ha demostrado ser más eficaz que el estrictamente profesional. Es común que a las madres les cueste admitir que tienen conflictos, al reunirse con otras madres aprenden de la experiencia de cada una y, además, la escucha les facilita la identificación de sus propias necesidades y las anima a pedir ayuda. Se ha indagado sobre las razones que explican la probada eficacia de los grupos de apoyo en su labor de ayuda a madres lactantes. Se ha comparado a mujeres que acudían a reuniones de un grupo de apoyo con un grupo similar de madres que intentaban dar el pecho pero no contaban con ese apoyo. Se demostró que las mujeres que acudían a las reuniones tenían más confianza en sí mismas y parecían beneficiarse de recibir una información exacta y actualizada, así como apoyo individual y en grupo.

Otros estudios concluyen que la dinámica de grupo refuerza el sentimiento de ser normal. Si bien la información y la experiencia eran también importantes, el apoyo del Grupo tenía una influencia mucho mayor en el éxito de la lactancia. También se ha observado que cuando se ofrecía apoyo, aumentaban significativamente el número de mujeres que

daban el pecho al alta hospitalaria, aumentaba la duración de la lactancia y se retrasaba la introducción de otros alimentos.

Los grupos de apoyo a la lactancia materna, como servicio, básicamente funcionan de dos formas: grupos de apoyo para madres y Grupos de apoyo de “madre a madre”.

Los grupos de apoyo para madres son coordinados por profesionales sanitarias, aunque no tengan experiencia propia de lactancia materna. Esta persona puede que no sea madre ni que tampoco pertenezca culturalmente al grupo, y aparece frente al resto de los integrantes como una experta. En estos grupos la información se transmite por medio de charlas, en las que habla la persona que coordina y las demás escuchan la información que se les transmite, sin tener una participación activa. Aunque pueden ser grupos de voluntariado por parte de profesionales de la salud motivadas por el tema, es más frecuente que se trate de un proyecto o servicio que desarrolla un centro de salud u hospital. Este tipo de grupo no se considera parte de este movimiento social, sino un servicio profesional.

Los grupos de apoyo de “madre a madre” están coordinados por madres y son ellas quienes dirigen las reuniones. El rol de coordinación lo ejerce una asesora de lactancia, mujer con experiencia y formación que facilita el intercambio de información y apoyo entre las madres asistentes. Para ello es indispensable que haya amamantado personalmente con éxito. En las reuniones periódicas de este tipo de grupos, tanto las madres más experimentadas como recientes comparten información y vivencias propias, y son animadas a expresar dudas e inquietudes. La asesora de lactancia no representa la principal fuente de información ni la autoridad. En general estos son un servicio o proyecto desarrollado por una asociación de apoyo a la lactancia y coordinado por una asesora de lactancia nombrada a tal efecto por esa entidad.

Los agentes comunitarios de salud son muy importantes para lograr cambios en la comunidad y pueden proporcionar servicios de apoyo a la alimentación de lactantes y niños pequeños. Para que puedan hacer esto de manera efectiva, requieren ser capacitados en los conocimientos y habilidades requeridas y ser apoyados por supervisores y personal de salud altamente calificados. La OMS y UNICEF han desarrollado varios cursos que pueden ser empleados para esta capacitación. La

investigación muestra que la consejería sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, proporcionada por agentes comunitarios de salud, puede mejorar el conocimiento y las prácticas del cuidador del niño y mejorar los resultados de salud, incluyendo el crecimiento del niño (27).

Cuando el personal de salud no tiene el tiempo suficiente para brindar la ayuda que las madres y las familias necesitan, los consejeros 'pares' o comunitarios, pueden brindar consejería sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. Los consejeros "pares", son por lo general, mujeres que han dado a luz al menos a un niño y han practicado la lactancia materna con éxito y los consejeros de la comunidad pueden no tener experiencia con la lactancia materna, pero los dos pueden ser efectivos, siempre que estén comprometidos y bien capacitados. Pueden brindar consejería individual, realizar visitas domiciliarias a mujeres embarazadas y lactantes, dirigir grupos de apoyo, dar charlas a grupos de la comunidad o trabajar junto al personal de salud en el establecimiento de salud.

Los hospitales que han sido designados como Amigos del Niño deben asegurar, cuando se da de alta a la madre, que sea direccionada hacia un grupo de apoyo a la lactancia materna, si existe uno cercano, y debe reforzar y promover el establecimiento de estos grupos de acuerdo con el paso de 10 de la lactancia exitosa. Las reuniones de los grupos son dirigidas por miembros con experiencia y alguna capacitación, y dentro de un clima de igualdad y aceptación para las madres compartan sus experiencias, realicen preguntas y se ayuden entre sí. Los grupos de apoyo a la lactancia materna pueden ser iniciados por el personal de salud del nivel primario o de los establecimientos de salud, o por los agentes de salud o por los consejeros de la comunidad o 'pares'.

El rol del personal de salud para el apoyo de los enfoques basados en la comunidad, consiste en capacitar a los consejeros de la comunidad y consejeros 'pares' y darles retroalimentación, promover que en distintos grupos formados por mujeres se incluya a la alimentación óptima del lactante y del niño pequeño entre sus actividades, proteger, promover y apoyar las prácticas apropiadas de alimentación cada vez que exista un contacto con las madres, cuidadores o familias (27).

3. Metodología

3.1 Tipo de revisión

Se realiza una revisión temática crítica de la información relacionada con las acciones para la práctica, promoción y protección de la lactancia materna durante el periodo 2004-2013.

3.2 Fuentes de información

Las fuentes de información fueron publicaciones indexadas en bases de datos como: MEDLINE, base de datos de bibliografía médica, producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos; SCIELO, base de datos que proporciona los textos completos de artículos de revistas científicas de Brasil, Chile, Colombia, Cuba, España, Venezuela y otros países de América Latina. Provee enlaces de salida y llegada por medio de nombres de autores y de referencias bibliográficas. También publica informes e indicadores de uso e impacto de las revistas.

La biblioteca Virtual de la Salud fue consultada y cuya base de datos ofrece acceso a la literatura científica en salud en bases de datos bibliográficas nacionales e internacionales. Permite la consulta de diferentes fuentes de información entre las que están: LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, La Biblioteca Cochrane, BIREME e IBEC. BIREME es el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, inicialmente denominado Biblioteca Regional de Medicina de donde originó el acrónimo todavía utilizado. Es un organismo internacional, centro especializado que es parte de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Los descriptores utilizados en las búsquedas son términos científicos, y se utilizan diferentes recursos bibliográficos como tesauros, Mesh, y lemb digital, herramienta de la Biblioteca Luis Ángel Arango. Para la filtrar la búsqueda se utilizaran conectores booleanos. La búsqueda y recuperación de los artículos se realizó a través de SINAB, red de bibliotecas de la Universidad Nacional de Colombia, mediante la plataforma EBSCO.

Como descriptores se utilizan: lactancia materna, promoción de la salud, Banco de leche, leche humana.

Key words: milk human; breastfeeding; health promotion; breast milk

3.3 Criterios de sistematización e integración de la información

- Conocimientos y prácticas del personal sanitario para la promoción de la lactancia a nivel institucional. Se refiere a las observaciones, evaluaciones, estudios y análisis realizados en las instituciones de las actitudes y aptitudes del personal de salud en el ejercicio de su profesión para mejorar la calidad de vida de las madres gestantes y lactantes y de sus hijos.
- Estrategias de promoción, protección y políticas públicas. Comprende las experiencias relacionadas con políticas públicas, iniciativas, determinantes, programas y estrategias y resultados a nivel nacional e internacional. Una estrategia importante que se incluye es bancos de leche humana.
- Ventajas, duración y abandono de la lactancia. Incluye los beneficios, las ventajas, las causas y efectos, factores que favorecen la lactancia, duración, causas de abandono y relación con la prevención de enfermedades.

- Conocimientos, prácticas y representaciones sociales de la lactancia materna. Incluye información, percepción de las madres, apoyo comunitario y prácticas relacionadas con la lactancia.

4. Integración de la información

Al realizar una búsqueda con los filtros MEDLINE full text y academic search complete a través de la plataforma EBSCO host del portal SINAB, Universidad Nacional de Colombia, se encontraron 173 registros. No se encuentran registros para el descriptor “bancos de leche”. En la base de datos Academic Search Complete se encontraron 26 registros con el descriptor bancos de leche; 218 registros correspondientes al descriptor “lactancia materna”. Mediante la búsqueda en la base de datos Medline, se encontraron 7 artículos relacionados con lactancia materna, entre los años 2004 y 2013.

La producción es escasa en los años 2004 a 2008 y aumenta en los últimos años. De acuerdo con el objetivo de analizar artículos relacionados con la promoción y fortalecimiento de la lactancia y excluir aquellos que se enfocaban en las condiciones que alteran la práctica de la lactancia, se clasificaron 95 artículos, de los cuales finalmente fueron elegidos 50, que se organizaron por categorías, las cuales corresponden a Conocimientos y prácticas del personal sanitario para la promoción de la lactancia a nivel institucional (38-42), estrategias de promoción, protección y políticas públicas (43-60), Ventajas, duración y abandono de la lactancia (61-70) y conocimientos, prácticas y representaciones sociales de la lactancia materna (71-87). Estos artículos son relevantes para la actualización del tema y para determinar los componentes que suscitan mayor interés para la publicación de artículos y objeto de estudios.

Las cuatro categorías generales permiten agrupar la información de acuerdo con los actores o sujetos de intervención. Se encuentran temáticas donde la información es relevante y se publica con mayor frecuencia como en el caso de la lactancia materna exclusiva. Con relación al personal sanitario, hay menor producción bibliográfica.

La primera categoría a tener en cuenta corresponde a conocimientos y prácticas del personal sanitario para la promoción de la lactancia a nivel institucional donde los

elementos fundamentales son publicaciones de estudios realizados entre el personal sanitario y también la evaluación de resultados frente a las acciones de los profesionales, especialmente de enfermería, donde se enfatiza en el rol del profesional frente a la consejería en lactancia materna, la intervención temprana y la orientación y acompañamiento que se pueda dar a las madres, cuando no sea posible la lactancia materna.

En la segunda categoría se plantean los elementos relacionados con estrategias de promoción, protección y políticas públicas para la promoción y fortalecimiento de la lactancia materna que abordan diferentes temáticas, planes, programas, y políticas en diferentes países. Se tienen en cuenta la estrategia de los bancos de leche humana, la iniciativa de instituciones amigas del niño, la humanización en la atención al nacimiento y la lactancia, las redes sociales, donde se enfatiza en la importancia de la lactancia materna para controlar la mortalidad infantil y mejorar la nutrición de los niños menores de dos años, con acciones intra y extra institucionales

En la tercera categoría se analizaron artículos relacionados con ventajas, duración y abandono de la lactancia, donde el eje central es la situación actual de la lactancia materna y como distintos factores condicionantes intervienen para que la lactancia sea cada vez por menor tiempo, aun con el conocimiento de las ventajas de amamantar.

La cuarta categoría relacionada con conocimientos, prácticas y representaciones sociales de la lactancia materna, presenta el análisis de publicaciones que presentan diferentes estudios e investigaciones sobre las actitudes, conocimientos y prácticas de las madres, la participación de la comunidad, los aspectos psicosociales y percepción de las gestantes y lactantes frente a los servicios y a los profesionales.

4.1 Resultados y análisis de la Información

A continuación se presentan el análisis de la información teniendo en cuenta las categorías de abordaje definidas previamente.

4.1.1 Conocimientos y prácticas del personal sanitario para la promoción de la lactancia a nivel institucional

Los conocimientos y prácticas de los profesionales de la salud son factores determinantes para el éxito o fracaso de la lactancia materna. En el caso de publicaciones realizadas en Brasil y España, el programa más conocido es el hospitales amigos del niño y se sugiere que las intervenciones para capacitación deben ser realizadas con todos los profesionales, en forma permanente bajo corresponsabilidad y ejecución interna y externa de las instituciones, con las características de ser constantes, contextualizadas e integrales, con el objetivo de promover la necesaria calidad de esa esencial práctica de salud, como es la lactancia materna; al ser entrevistados los profesionales, conocen algunos de los 10 pasos para la lactancia feliz, pero no saben responder a algunas de las inquietudes comunes de las madres (38), (39). De igual forma algunas publicaciones señalan que el liderazgo de enfermería se reconoce dentro de los equipos de salud cuando se tienen dificultades para la lactancia como en el caso de las madres con diagnostico VIH positivo (40); la preparación para brindar asesoría y acompañamiento es fundamental.

Una publicación de Cuba que utiliza una encuesta a asistentes de enfermería, dio como resultado que antes de la capacitación menos de la tercera parte de las asistentes tenían conocimientos y habilidades sobre lactancia materna. Un curso de capacitación teórico-práctico elevó significativamente el nivel de conocimiento y habilidades de las Asistentes de Enfermería de la comunidad sobre lactancia materna, permitiéndoles ser buenas promotoras de la salud infantil (41).

Un artículo de México reporta que un estudio demostró asociación entre la práctica de Lactancia materna exclusiva y haber recibido consejería en lactancia además el contacto temprano (en un tiempo igual o menor a cuatro horas). En artículos de estudios previos

se ha demostrado que la consejería es una herramienta útil para mejorar la frecuencia y duración de la lactancia. Con referencia al contacto temprano, esta práctica está relacionada con el programa llamado “los 10 pasos hacia una lactancia feliz”, que es requisito para la certificación de los “hospitales amigos del niño y de la madre”. Otros artículos de estudios han demostrado que los hospitales amigos del niño y de la madre también mejoran la duración y la frecuencia de la lactancia (42). Las encuestas son los instrumentos más utilizados para medir los conocimientos de los profesionales en salud.

4.1.2 Estrategias de promoción, protección y políticas públicas para la promoción y fortalecimiento de la lactancia materna

Las políticas públicas, programas e iniciativas que llaman la atención de los autores son los bancos de leche, la intervención de agentes comunitarios, el programa madre canguro, la iniciativa hospitales amigos de niño y las consideraciones sobre si se debe suspender o mantener la lactancia en los casos de madres VIH positivas.

Un artículo revela que un estudio piloto en el sector rural de Pakistán, investigó sobre la viabilidad de presentar un conjunto de intervenciones basadas en la comunidad para mejorar la atención perinatal usando trabajadoras sanitarias y las parteras tradicionales. Las trabajadoras sanitarias recibieron capacitación adicional centrada en la atención materna y neonatal esencial, para realizar sesiones educativas a grupos de la comunidad. En conclusión, se determinó que en las aldeas de intervención hubo una reducción significativa de las tasas de mortinatalidad, indicando así que los trabajadores comunitarios de salud pueden ser eficaces para propiciar prácticas mejoradas de atención domiciliaria en las familias (43).

Otra publicación revela un estudio en Bangladesh, con el objeto de medir el uso de algoritmos clínicos para detectar enfermedades tempranamente en los recién nacidos, por parte de los agentes comunitarios de salud; un problema de alimentación se asoció significativamente con la presencia de un problema de alimentación grave (el signo "incapaz de alimentarse, o no puede aspirar en absoluto, o no se adjunta en absoluto" se incluyó en el algoritmo), en concepto de los agentes comunitarios. Sin embargo, la evaluación de la lactancia materna es compleja, lenta y difícil para los médicos de sexo

masculino, debido a la sensibilidad cultural. Dadas estas limitaciones, una historia informada puede sustituir a un problema de alimentación observada en el algoritmo, lo que simplifica sensiblemente la evaluación (44).

Dos publicaciones analizan una política pública que genera polémica como es la decisión de gobiernos africanos de entregar a las madres VIH positivas leche de fórmula; la evidencia más reciente sugiere que, en el contexto de la provisión de la terapia antirretroviral de gran actividad para las mujeres VIH-positivas o profilaxis ARV a los bebés, evitar la lactancia materna conduce a peores resultados. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha provocado el debate y la confusión acerca de la mejor manera para que las madres seropositivas para alimentar a sus hijos (45).

La política pública de salud orientada al incentivo de la lactancia materna en Brasil, tiene a lo largo de las últimas décadas su consolidación en los bancos de leche humana. Es relevante la identificación de caminos que amplíen este objetivo. Además de los movimientos de los actores sociales participantes, hay una dinámica de la producción de conocimiento que se evidencia en distintas publicaciones como la de promoción de políticas favorables a la salud materno infantil (46).

La mejora de los procesos institucionales / organizacionales y la capacitación de los recursos humanos pueden aumentar la calidad de la red de bancos de leche y las organizaciones asociadas, con el objetivo de mejorar las respuestas de estas instituciones a las demandas de las personas interesadas, en especial las mujeres donantes de leche humana (47). Otra de las publicaciones muestra el impacto que la apertura de un banco de leche humana ha tenido en la proporción de niños que reciben leche materna exclusiva al alta y otros aspectos relacionados con la alimentación de los niños con peso al nacer menor o igual a 1500 gramos o menor a 32 semanas de gestación admitidos a la unidad neonatal. El tener la leche materna de donantes disponibles permite el inicio de la alimentación enteral temprana (48).

Promover la donación de leche en los bancos, como componente estándar de la atención de salud para los bebés prematuros, es importante para reducir la intolerancia alimentaria y mejorar los resultados a largo plazo. Las preocupaciones comunes, como el crecimiento lento y la pérdida de importantes componentes biológicos debido al

almacenamiento y la pasteurización, no deben ser motivo de denegación de la leche donada, es la propuesta de un grupo de trabajo en medicina y perinatología (49).

La recomendación en la mayoría de las publicaciones es la promoción de la lactancia; se evidencia que las intervenciones de promoción y apoyo de la lactancia materna aumentan las tasas de iniciación, duración y exclusividad de esta. El objetivo se puede alcanzar a través de intervenciones en el transcurso del embarazo, en el momento del parto, después de este y la lactancia en marcha. Los autores reconocen que resulta necesario contar con más estudios controlados que indiquen si la información que reciben las mujeres acerca de LM, en la etapa prenatal, comparada con la información con la que cuentan solamente en la etapa postparto, disminuye el riesgo de abandono de la lactancia materna (50).

Con referencia a las condiciones sociales y culturales a tener en cuenta para la promoción de la lactancia materna exclusiva (LME), si bien es cierto que no existen variables que afecten de manera independiente el inicio y la duración de la LME a las ocho semanas, una modalidad integral de atención permitiría disminuir las brechas de equidad existentes en la población de riesgo. La OMS y UNICEF recomiendan el contacto piel a piel, el inicio precoz del amamantamiento y el alojamiento conjunto madre hijo(a) como estrategias para fomentar la atención integral del parto, favoreciendo el inicio, establecimiento y permanencia de la lactancia materna exclusiva (51).

A pesar de las recomendaciones, los cambios en la sociedad conducen a que los bebés no se alimenten con leche materna, por lo que se están llevando a cabo proyectos de concienciación e investigación sobre los beneficios de la leche materna y los factores que conducen a las madres a elegir una u otra opción. La distancia generacional se establece a través de los cambios socio-culturales y sanitarios, sin embargo dicha distancia no ha sido obstáculo para seguir manteniendo, según las madres entrevistadas de tres generaciones, la creencia de que la lactancia materna sigue siendo la mejor alimentación para los bebés. Las madres de la primera generación consideraban que el amamantamiento era un proceso natural aprendido en el ámbito familiar y no precisaba de personal especializado, sin embargo en la actualidad, las madres precisan de la ayuda de profesionales de la salud para iniciarse en la práctica de la lactancia materna (52).

Un grupo de autores en Colombia, plantea la implementación de una visión ecológica de la lactancia, con la necesidad de esclarecer la influencia del contexto sobre la lactancia en las diferentes regiones culturales del país, reconocer las limitaciones que ha tenido la Iniciativa de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia para prolongar la duración de la lactancia materna en varias comunidades, desarrollar investigaciones prospectivas para identificar factores determinantes de la práctica y la duración de la lactancia, diseñar e implementar políticas y planes basados en metodologías de planificación integral de intervenciones en salud, desarrollar intervenciones extra-institucionales apropiadas y costo-efectivas para prolongar la duración de la lactancia e implementar sistemas de vigilancia más confiables (53).

Un artículo de la revista cubana de pediatría mostró intervenciones educativas en función de promover la salud de las embarazadas, cuando se convirtieron en sujetos activos del cuidado de su salud, lo que se manifestó en la disminución del número de mujeres con enfermedades evitables durante la gestación en ese grupo; además, en el grupo de intervención nacieron menos bebés con bajo peso, fue mayor el número de mujeres que amamantaron a su bebé con lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes y donde se apreció una mejor evolución de la relación peso/talla de los hijos en el primer semestre de la vida. La estrategia diseñada tuvo en consideración la capacitación de los recursos humanos que participaron y el estudio de las verdaderas causas de destete precoz a fin de contrarrestar esta situación y promover las condiciones necesarias para que todas las madres amamantaran a sus hijos (54).

El programa mamá canguro ha sido reconocido internacionalmente como una medida costo-efectiva para el tratamiento de los bebés prematuros. El artículo que revela un estudio del Hospital Universitario del Valle en Cali, Colombia plantea la importancia de ampliar la cobertura del control prenatal, y la suplementación con hierro y ácido fólico, a los niños para su desarrollo y crecimiento adecuados (55), mientras en Brasil, se trabaja para promover las habilidades maternas en la acción de amamantar bebés prematuros o con bajo peso, y de analizar como ese conocimiento sobre lactancia exclusiva fue incorporado en el contexto de los domicilios. La investigación en el domicilio de 11 grupos de madres, demostró que el conocimiento de los vecinos y familiares substituyó el conocimiento enseñado a la madre en el método y cambio de la alimentación de los

bebés. La educación en salud debe extenderse más allá del hospital, e incluir a los familiares y personas significativas (56).

Otro artículo muestra los resultados de una revisión sobre los efectos del contacto piel con piel o método canguro en los recién nacidos, realizada con el objeto de aportar a la práctica. Encontraron que el método canguro proporcionado a niños de pretérmino disminuía los días de hospitalización, en comparación a los que recibieron el cuidado tradicional (57).

La revista de Psicología de Puerto Rico, muestra un estudio donde se identificaron los factores facilitadores que apoyan a que la mujer en Puerto Rico inicie y continúe exitosamente con el proceso de lactancia. A su vez, se consideró que la falta de apoyo puede ser un factor de riesgo para las madres lactantes. El apoyo familiar para la práctica se percibe como un reto tanto como poder disfrutar del tiempo disponible para lactar una vez se regresa a trabajar (58).

En un artículo se utilizó un cuestionario de Autoevaluación de los Hospitales de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y el resultado de este instrumento fue computado por el índice de concordancia (IC) propuesto por la Organización Mundial de la Salud y por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el resultado del estudio determinó que la ausencia de entrenamiento para los profesionales y de una política que defienda la lactancia se refleja en la carencia de orientaciones sobre amamantar, influenciando el destete temprano. La excelencia en la práctica clínica basada en la evidencia, apoyando y promoviendo la lactancia como un proceso único a través de los distintos niveles de atención a la salud., también llama la atención en las publicaciones (59).

Entre los factores que pueden afectar la práctica y el abandono de la lactancia materna exclusiva, está el conjunto de personas que interactúan con la madre lactante. Se encontró un artículo que muestra un estudio donde por medio de una encuesta a redes sociales consultó las frecuencias para encontrar los personajes que más influyen a favor y en contra de la lactancia materna exclusiva (60).

4.1.3 Ventajas, duración y abandono de la lactancia

Un artículo hace el análisis de la relación entre la erupción de los primeros dientes temporales, la duración de la lactancia materna y el desarrollo antropométrico en los dos primeros años de vida. Del estudio se determina que en niños sanos la duración de la lactancia materna no influye en el grado de desarrollo antropométrico alcanzado a los 2 años, pero sí lo hace el número de dientes presentes a los 9 meses, resultado que sugiere que la erupción dentaria temprana podría suponer una ventaja evolutiva (61)

En una publicación de revisión se dio a conocer que las madres obesas son más propensas a demorar la lactogénesis y reducción de la lactancia, por lo tanto, el control del peso y la promoción de la lactancia deben reforzarse antes y durante el embarazo. En madres con sobrepeso y obesidad, la lactancia materna debe ser monitoreada muy de cerca después del nacimiento (62).

Un artículo publicado en la revista de la Asociación médica de Brasil, hace referencia a estudios realizados en diferentes regiones y países del mundo sobre la influencia de la educación maternal (EM) en el inicio precoz de la lactancia materna (LM) y su mantenimiento hasta los dos meses de vida del recién nacido, aunque también existen otros trabajos que concluyen que no hay influencia de la EM sobre el mantenimiento de la LM (63). Dos de los factores asociados a una lactancia exclusiva hasta los 6 meses (experiencia previa exitosa, menor nivel de escolaridad) han sido descritos en la literatura (64).

Una publicación concluye que la lactancia materna (LM) es uno de los factores que más contribuye con la salud y la alimentación de los niños, especialmente si se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes. Se determinó tasa de abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) y sus factores asociados en Bucaramanga. En el estudio se presentó una alta incidencia de abandono de la LME durante los primeros seis meses de vida del infante (65).

Otra publicación revela que existe un efecto independiente sobre el abandono precoz de la lactancia con el nivel de estudios materno, la experiencia anterior en LM, la asistencia

a grupos de educación maternal y el uso de chupetes o suplementos de LA (leche artificial) ocasionales durante el ingreso posparto. La influencia de la valoración materna de la experiencia anterior de LM no había sido referida aun en otros estudios similares. La duración de la lactancia materna complementaria está lejos de las expectativas de las propias madres y de las recomendaciones internacionales. Las intervenciones específicas de apoyo profesional y de pares, el acceso a la información adecuada y en general la implementación en los hospitales de los 10 pasos de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) han mostrado su efectividad para mejorar las tasas de LM (66). El desconocimiento de las ventajas de la lactancia materna exclusiva influye directamente en la incorporación de la lactancia mixta o artificial. El grado de escolaridad materna y la utilización de la lactancia son directamente proporcionales, puesto que esta última es duradera en las que tienen nivel universitario, lo cual está relacionado con una mejor información y comprensión de las ventajas de este tipo de alimentación (67).

La lactancia materna exclusiva potencia las respuestas inmunitarias de la mayoría de los inmunógenos vacunales aplicados en los programas de inmunización infantil. (68). En un artículo se demostró que el bebé prematuro tiene una necesidad superior de recibir lactancia materna, ya que la leche humana aporta al niño prematuro una mayor cantidad de poliaminas, lo que le ayuda en su proceso de maduración intestinal (69). Sobre la óptica de los conocimientos científicos actuales, la leche humana es considerada por consenso como el único alimento capaz de atender de manera adecuada a todas las particularidades fisiológicas del mecanismo de lactantes en los primeros seis meses de vida.

A pesar de los avances en las tasas de lactancia materna observadas en la última década, la situación de la lactancia materna en el Brasil aún está lejos de lo recomendado por la OMS; los resultados obtenidos en una investigación muestran la introducción inadecuada y precoz de alimentos complementarios en la alimentación de niños, llevando a la interrupción de LME dentro de los primeros meses de vida. Esta situación también viene siendo observada en otras publicaciones nacionales, lo que indica de no tratarse de un problema local. (70).

4.1.4 Conocimientos, prácticas y representaciones sociales de la lactancia materna

Las políticas no son efectivas si no se tiene en cuenta a las poblaciones a las que van dirigidas, no como sujetos de acción sino como activos participantes. Las creencias, prácticas y valores de las comunidades, se deben tener en cuenta.

Un artículo publicado por la revista chilena de ginecología llama la atención sobre la presencia continua de una “doula” o mujer que acompaña y brinda apoyo psicológico a la paciente durante el parto. Son cada vez más las instituciones, que conociendo sus beneficios incluyen un programa de “doulas” en sus servicios (71).

El tema de los conocimientos de las mujeres gestantes y lactantes, es frecuente en los estudios, y por lo general se llega a la misma conclusión: no hay conocimiento o es escaso, no se conocen las ventajas de la lactancia exclusiva y hay practica de malos hábitos de higiene(72), (73), sin embargo un estudio que intenta asociar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) sobre la lactancia materna de las madres con la frecuencia de diarrea aguda infecciosa en los últimos seis meses, del niño menor de dos años, llegó a la conclusión que no hay una asociación entre los conocimientos y la frecuencia de las diarreas y que el estudio no es concluyente (74)

Las mujeres en un sector de Cali, Colombia, entienden la lactancia como un acto que va más allá de lo biológico y lo consideran como un proceso natural, que debe tener como componentes esenciales el amor, la preparación durante la gestación, y el acompañamiento de la familia en la que las prácticas de la tradición y la cultura tienen una gran influencia, sumado al apoyo que encuentran en las instituciones de salud (75). La familia de la mujer lactante exige una de las mayores atenciones por su impacto en Salud Pública y los riesgos a los cuales se enfrenta dentro del hogar y que pueden llevar al fracaso o, por el contrario, ser el factor protector para llevar a cabo un proceso exitoso en la lactancia.

En un artículo se determinó que el Riesgo Familiar Total de las familias (entendido como la probabilidad de que se presenten consecuencias adversas individuales o

familiares debido a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración familiar) amerita trabajo para enfermería y equipos interdisciplinarios, para mejorar aspectos relacionados con todas las dimensiones o categorías pero especialmente con las condiciones psicoactivas en familias amenazadas y los servicios y prácticas en salud en familias de alto riesgo (76).

Algunas publicaciones indican que el consumo de lácteos por las madres durante la lactancia provoca cólicos en los recién nacidos, esto ha llevado a que algunos pediatras recomienden suspender los lácteos de la dieta materna durante la lactancia. Contrario a lo anterior, un estudio más reciente, en sus resultados determinó que no existieron diferencias en la electroforesis de proteínas ni en el análisis cromatográfico de los lípidos. La cantidad de glúcidos fue semejante en ambos grupos. La presencia de cólicos depende de la idiosincrasia de cada neonato y no de las modificaciones que inducen los lácteos consumidos por la madre sobre la leche materna (77).

Un artículo demuestra que con el binomio lactancia materna e inmunidad podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año, si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche natural a su hijos durante los primeros 4 meses de vida. La inserción de países en el Programa del Hospital Amigo de la Madre y el Niño ha contribuido a disminuir considerablemente las tasas de morbilidad y mortalidad por muy diversas causas en comparación con las concernientes a naciones altamente industrializadas (78).

Varios artículos demuestran que los consejos sobre LM suministrados por las abuelas suelen ir en consonancia con sus propias experiencias y no con los conocimientos de la misma, lo que puede suponer un importante estímulo y aporte de seguridad para la madre en algunos casos o, por el contrario, un entorno hostil inmerso en un escenario moderno. La abuela (materna principalmente), puede ser considerada dentro de los factores de apoyo o dentro de los factores detractores para la LM pero no es el único factor influyente, que depende del medio social y la cultura. En sociedades donde la lactancia materna exclusiva no es la norma, las abuelas pueden ejercer un efecto detractor o de impulso en su instauración y mantenimiento. Las madres necesitan y quieren el apoyo de las abuelas, pero sus consejos y preocupaciones pueden reflejar las creencias culturales ante la lactancia materna (79).

En una publicación de una investigación se aplicó un cuestionario que permitió evaluar deseos, aptitudes y conocimientos con respecto a la lactancia materna. El estudio demostró que, aunque la totalidad de las gestantes en su tercer trimestre deseaban lactar a su futuro bebé y que las dos terceras partes se consideraban aptas o muy aptas para hacerlo y con conocimientos suficientes al respecto, solo algo más de la quinta parte demostró efectivamente poseerlos (80).

En otra investigación también descrita, se exploró cómo las madres primíparas perciben y experimentan la lactancia materna, para poder así identificar los aspectos que influyen en su instauración. Hay publicaciones que demuestran que el apoyo de los profesionales es un elemento significativo que puede contribuir a buenos resultados en la instauración de la LM. Sin embargo, su actuación no puede consistir sólo en una transmisión de información, en recalcar los beneficios de la lactancia o en aplicar el decálogo para la lactancia materna feliz de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) y otras recomendaciones (81).

Un artículo reciente buscó comprender la vivencia de lactancia en un grupo de mujeres con la intención de identificar las formas de actuación de los agentes e instituciones en la construcción del significado de lactancia para las mujeres. Las acciones de estímulo, protección y apoyo a la lactancia se sustentan en el reconocer a la lactancia materna como un factor importante para mantener y desarrollar estructuras económicas en un país, e influir en la supervivencia del niño.

El destete precoz coloca en riesgo la salud del niño aumentando los índices de morbilidad infantil. Una de las causas indicadas para el destete precoz es la falta de conocimiento que la madre tiene con respecto a la calidad de leche, tanto para el hambre del bebé como para conducir un adecuado desarrollo de su hijo. El conocimiento de la mujeres es un factor importante en el proceso de cambio de comportamiento, entre tanto este por si solo, no garantiza el cambio de actitud (82).

Múltiples son las causas de abandono de la lactancia materna, (separación de la madre y el recién nacido después del parto, uso de biberón y agua, y el establecimiento de un horario de alimentación rígido), a lo que se suman mitos arraigados en la sociedad, como son: que a los recién nacidos hay que darles suplementos durante los primeros días

porque la madre todavía no tiene leche y los niños lloran de hambre; que cuando una mujer tiene escasez de leche, generalmente se debe al estrés, la fatiga o el bajo consumo alimenticio y de líquidos; o también que algunos niños son alérgicos a la leche materna (83).

Autores señalan que una de las causas que justifica el abandono de la lactancia materna es el desconocimiento de su técnica. Se ha identificado que el mayor porcentaje de madres pueden lactar a sus hijos, todo depende de la preparación temprana que se les ofrezca, así como del convencimiento del médico a partir de informaciones claras y precisas, como el ascenso progresivo del peso del recién nacido y la estabilidad del sueño en los primeros siete días, elementos convertidos en razones de convencimiento para la madre. La intervención comunitaria incrementa adecuadamente el nivel de conocimientos sobre lactancia materna y la importancia de mantenerla hasta el sexto mes de vida de sus hijos, lo cual revela la efectividad de los programas implementados (84).

Distintas publicaciones indican que muchas madres suspenden la lactancia del bebé antes de los seis meses recomendados. La madre adolescente puede ser especialmente proclive a abandonar la práctica de la lactancia materna exclusiva. Las causas para el abandono de la lactancia materna fueron múltiples, y comprendieron factores biológicos, influencias familiares, extra-familiares, e incluso culturales (85). La Publicación de un estudio que aborda el cuidado en alojamiento conjunto, bajo la perspectiva de las representaciones sociales, demuestra que, dependiendo de cómo es la relación de asistencia en el contexto hospitalario, la mujer pasa a reelaborar sus representaciones de cuidado. En ese proceso de dar un nuevo significado, el hospital pasa a ser visto como un “lugar de ayuda” y, por lo tanto, propicia que la mujer se sienta acogida, atendida con educación e informada (86). La opinión satisfactoria de las madres relacionadas con la atención al parto y el acompañamiento durante el nacimiento se incrementa en aquellas mujeres cuyo parto ocurrió de forma natural e iniciaron la lactancia materna precoz (87).

5. Discusión

En la revisión de las distintas publicaciones encontradas en las bases de datos se evidencio que son muchas las acciones que se realizan en favor de la lactancia materna y sin embargo, son también muchas las brechas aún pendientes de cerrar.

Los artículos revisados corresponden en su mayoría a resultados de estudios que se caracterizaron por ser de carácter cuali-cuantitativo; algunos de estos señalan que las acciones de estímulo, protección y apoyo a la lactancia requieren de un ajuste y fortalecimiento de las diferentes estrategias y políticas que protejan y promuevan la lactancia materna.

Los artículos recientes de estudios en todo el mundo enfatizan en la existencia de "factores protectores" incluidos en la leche materna, lo cual se traduce según las estadísticas, en que un niño alimentado a pecho presenta mayor protección ante numerosas enfermedades auto inmunitarias y conductuales.

El destete precoz coloca en riesgo la salud del infante y aumenta los índices de morbi-mortalidad infantil. Una de las causas encontradas para el destete precoz es la falta de conocimiento, por parte de la madre, acerca de la calidad de leche, tanto para el hambre del bebe como para el adecuado desarrollo de su hijo (82).

Las informaciones y las prácticas inadecuadas de los profesionales de la salud, también tienen influencia negativa para establecer y mantener la lactancia materna. Dentro de ellas se encuentra la falta de habilidad para apoyar a las madres que dan de lactar y al manejo clínico inadecuado de la lactancia materna. Algunos estudios indican que las intervenciones lideradas adecuadamente por profesionales de la salud pueden hacer que la promoción y el apoyo de la lactancia materna aumentan las tasas de iniciación, duración y exclusividad de esta.

Las organizaciones de salud a nivel global, regional y nacional vienen implementando lineamientos, políticas y normativas ante la evidencia científica que manifiesta la superioridad de la lactancia materna como un factor positivo de la salud materno- infantil. La frecuencia y duración de la lactancia materna ha disminuido rápidamente a lo largo de las décadas, hoy en día al ser humano se le cambia su forma de alimentación inicial y los niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta.

La protección y promoción de la lactancia materna es un imperativo para todas las personas y entidades sociales como y desde los comercializadores de sucedáneos, las clínicas y hospitales públicos y privados, hasta las comunidades y familias. Es importante que los profesionales que atienden a los niños menores de un año, adquieran competencia en materia de la nutrición del niño, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención nutricional de estos, lo cual a su vez, redundará en mayor calidad de vida a largo plazo. En varios artículos predominó la lactancia artificial como forma de alimentación en el primer semestre de la vida. Algunas de las causas más frecuentes del abandono precoz de la lactancia materna son la insuficiente producción de leche y la desconfianza en la efectividad de la misma.

Aunque lo recomendable es que la lactancia materna sea exclusiva, suministrada inmediatamente después del parto y a libre demanda del niño, una insuficiente educación prenatal, el trabajo y los diferentes roles asumidos por la madre, los inconvenientes entre las políticas y las prácticas y la elaboración de sucedáneos de la leche materna pueden provocar una interrupción precoz de la lactancia natural. Los responsables de evitar que todo esto influya en el abandono de la lactancia materna son los profesionales de la salud, las sociedades y los Estados.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

Las publicaciones nacionales en revistas indexadas son pocas, lo que impide definir las intervenciones que pudieran ser más costo-efectivas. Las publicaciones de diversos países, basadas en estudios, han identificado que la duración de la lactancia materna exclusiva se relaciona fundamentalmente con la edad materna, paridad, nivel socioeconómico, tabaquismo, consejería en lactancia, uso de chupete, jornada laboral y algunas características del recién nacido.

En la actualidad, las acciones de apoyo a la lactancia materna se han reforzado, no obstante, para poder seguir desarrollando políticas exitosas, es importante que se lleven a la práctica varias de las recomendaciones que ya han sido dadas a conocer a nivel mundial, entre las que están las acciones dirigidas a la promoción de la lactancia materna, las cuales deben iniciarse desde los programas de control prenatal, niño sano y formación del talento humano en salud.

6.2 Recomendaciones

Teniendo en cuenta la bibliografía consultada, se deben continuar fortaleciendo los programas de educación sobre la importancia de la lactancia materna durante el periodo prenatal, su estancia hospitalaria y el postparto; de esta forma se asegurará el derecho que tienen los niños y las niñas a un alimento nutritivo, seguro y accesible, como lo es la lactancia materna, acordes con la política pública de seguridad alimentaria y nutricional y el plan decenal de lactancia materna.

Para incrementar la duración de la lactancia materna, es necesario fortalecer la divulgación, en los programas de educación, en consulta prenatal y campañas masivas,

de los efectos nocivos que tiene el uso del chupo dado que tiende acortar el tiempo de la lactancia materna.

También, se deben fortalecer los programas de educación continua al personal de salud, preparándolo adecuadamente, consiguiendo una alta cualificación del mismo para que impartan la orientación necesaria a las madres sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, fomentando su duración ideal y efectos positivos sobre las condiciones y calidad de vida del binomio madre e hijo, a través de la implementación y adherencia a estrategias como IAMI y AIEPI.

Se necesitan estudios adicionales para evaluar la efectividad del apoyo profesional y no profesional en diferentes contextos que favorecen la promoción y el apoyo de la lactancia materna y es necesario continuar el desarrollo de investigaciones para identificar aquellos aspectos que afectan el establecimiento de la lactancia materna, desde la etapa prenatal y establecer un programa en relación con sus resultados.

Bibliografía

[6] 1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, Resolución 55 Asamblea Mundial de la Salud, 2002

2. Rosabal Suárez L, Piedra Cosme B. Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna. Rev. Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2004; 20(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100002&lng=es. Consultado: febrero 2014

3. Sguassero Y. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva: Comentario de la BSR (última revisión: 28 de marzo de 2008). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Internet] Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/es/

4. Cánepa MA. Apoyo a la red de Iberoamericana de bancos de leche humana (BLH), 4º High Level Fórum on Effectiveness. Busan, Korea 2011. Disponible en: <http://www.southsouthcases.info/pdf/lac10.pdf>

5. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Disponible en: http://www.healthinternetnetwork.com/nutrition/topics/global_strategy_iycf/es/9

6. El lactario en el hospital: un paradigma por resolver desde la promoción la protección la lactancia materna. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/36015/38889>

7. Waisman I, González D. Educación Prenatal y Lactancia Materna. Rev. Saludarte. 2001; 8:7-16.

8. Ministerio de la Protección Social, Bienestar Familiar, Instituto Nacional de salud, PROFAMILIA. Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2010 – ENSIN. Bogotá; 2011. p. 225-230. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadGestion/ENSIN1>

9. Lactancia materna versus lactancia artificial en el contexto colombiano. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/9/9-1/9-1-1en/9-1-1en.pdf>,

10. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Plan decenal de lactancia materna: 2010-2020. Bogotá: agosto 2010. Disponible en: http://www.huila.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&catid=350%3Anutricion&id=68069%3Aplan-nacional-de-lactancia-materna-&Itemid=3706

11. Organización Mundial de la salud.[Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>. Consultado diciembre de 2013.
12. Aguilar Cordero MJ (directora). Lactancia materna. 2005 Madrid Elsevier.
13. Organización Mundial de la Salud. Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 y los 24 meses de edad. Ginebra, 2007. p 6-7. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Principios-orientacion-para-la-alimentacion-de-los-ninos-no-amamantados.pdf>
14. WHO. Global Consensus Meeting on Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington, noviembre, 2007
15. Ministerio de Protección Social, Acción Social, UNICEF, Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas. Convenio de cooperación técnica y financiera. No. 233, 2009.
16. Ministerio de Salud y protección Social. Alimentación y nutrición: Importancia de la lactancia materna. [Internet]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ImportanciaLactanciaMaterna.aspx>
17. Ministerio de Salud y protección Social. Boletín de prensa (288), 2013. [Internet]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ImportanciaLactanciaMaterna.aspx>
18. Lawrence RA. La lactancia materna. Una guía para profesionales. 4ª ed. Madrid, Mosby / Doyma, 1996.
19. Pose Becerra C. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados a la duración hasta el primer año de vida. Hospital Universitario 12 de Octubre. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master. 2 (1): 1401-1415, 2010
20. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington, 2003
21. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Revista Pediatría de atención primaria, 2011, vol. 13(49): p. 33-39.
22. Organización mundial de la Salud. Patrón internacional de crecimiento, 2006.
23. Retomando el tema de la lactancia materna en la región de América latina y el caribe- un compromiso de UNICEF. [Internet]. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/lactancia_materna_tacro.pdf. Consultado: diciembre de 2013.
24. Ministerio de Salud y protección social. Lineamientos técnicos para la implementación de las salas amigas de la familia lactante en el entorno laboral. 2012. p. 14-15

25. Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN 2010. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/19>
26. Gobierno de la Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Disponible en www.larioja.org
27. Ministerio de salud y protección Social. Lactancia materna en emergencias: ¡Salva Vidas! Cartilla para agentes de salud y líderes comunitarios. Bogotá, 2012.
28. Organización mundial de la salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, OPS, 2010.
29. Londoño Vélez M.L. Documento técnico para la articulación de las estrategias AIEPI e IAMI en niños y niñas menores de cinco años de edad en el marco de la seguridad alimentaria y nutricional y la legislación colombiana. 2010. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/files/ARTICULACION%20AIEPI%20IAMAI.pdf>
30. Lactancia. [Internet]. Disponible en <http://www.unicef.org.co/Lactancia/IAMI.htm>,
31. IAMI. [Internet]. Disponible en: <http://www.hosdenar.gov.co/local/iami/bleche.html>
32. Charpak, N., Figueroa Z. Método madre canguro, guías de manejo. Fundación canguro. [Internet] consultado abril 15 2014. Disponible en: <http://fundacioncanguro.co/descargas/reglas-kmc-espanol.pdf>
33. Bancos de leche. [Internet]. Disponible en: <http://www.olebebe.com/2011/09/01/bancos-de-leche-una-buena-opcion-de-ayuda-para-la-lactancia-materna/>
34. Salud Pública. [Internet]. Consultado junio 15 2014. Disponible en: http://saludpublicabogota.org/wiki/images/a/a9/FICHA_TECNICA_material_promoc26oct.pdf
35. Liga de la leche. [Internet]. Disponible en: <http://www.lili.org/lang/espanol/filosofia.html>
36. Liga de la leche. [Internet]. Disponible en: <https://www.lili.org/colombia.html>
37. Liga de la leche. [Internet]. Disponible en: <http://lilcolombia.org/quienes-somos/>
38. Silvestre PK, Carvalhaes M de B L, Venâncio S I, Tonete Vera L P, Parada Cristina M G de L. Conocimientos y prácticas de profesionales de la salud sobre amamantamiento materno en servicios públicos de salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2009 Dec [citado 2014 junio 15]; 17(6): 953-960. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000600005>.
39. Mirtes M, et al. El rol del profesional de enfermería frente a la lactancia materna en la madre con VIH. Rev. Cuidarte, Universidad de Santander, UDES. Disponible en:

cuidarte.udes.edu.co/index.php?option=com_content&view=article&id=110:el-rol-del-profesional-de-enfermeria-frente-a-la-lactancia-materna-en-la-madre-con-vih&catid=23:articulos-de-revision

40. Sánchez-Erce M., Traver Cabrera P., Galbe Sánchez-Ventura J. Encuesta sobre las actitudes de los profesionales ante la lactancia materna. *Rev Pediatr Aten Primaria* [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2014 Jun 15; 14(54): 107-113. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000300003>.

41. Abreu Carrete B, Arada Rodríguez A., Jiménez Pacheco M., Rodríguez López B., López Alonso M. Estrategia educativa para capacitar asistentes de enfermería sobre lactancia materna. *Rev Ciencias Médicas* [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2014 Jun 14]; 13(3): 40-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000300005&lng=es.

42. González-Salazar F., Cerda-Flores R.M., Robledo-García JA., Valdovinos-Chávez S, Vargas-Villarreal J, Fernández S.S. La consejería en lactancia y contacto temprano en parejas madre-hijo están asociados a la lactancia materna exclusiva: Estudio hospitalario de casos y controles no pareados. *Gac. Méd. Méx* [revista en la Internet]. 2005 Abr [citado 2014 Jun 14]; 141(2): 99-103. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000200003&lng=es.

43. Bhutta ZA, Memon ZA, Soofi S, Salat MS, Cousens S, Martines J. Implementing community-based perinatal care: results from a pilot study in rural Pakistán. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18568274>

44. Darmstadt GL., et...al. Validation of community health workers' assessment of neonatal illness in rural Bangladesh. *Bull World Health Organ* 2009; 87:12–19 | doi:10.2471/BLT.07.050666

45. Doherty T., Sanders D., Goga A. y Jackson D. Implications of the new WHO guidelines on HIV and infant feeding for child survival in South África. *Bull World Health Organ*, 2011. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-079798/en>

46. Coovadia H.M., Bland R.M. Preserving breastfeeding practice through the HIV pandemic. *Tropical Medicine and International Health*. Vol. 12(9) pp 1116–1133 sep. 2007. doi:10.1111/j.1365-3156.2007.01895.x. Disponible en: [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1365-3156](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1365-3156)

47. Guerra de Almeida, J.A. Da Silva, P.R., Franz Reis Novak M., y Sydronio K. Bancos de Leche Humana y promoción de políticas públicas favorables a la salud Materno infantil. *Rev Cubana Salud Pública* 2006. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-4662006000300012&script=sci_arttext&tlng=es

48. Estevez de Alencar L.C; Fleury Seidl E.A., Breast Milk Donation and Social Support: Reports of Women Donors. *Rev. Latino-Am.Enfermería*. [revista en la

Internet]. 2010 Jun, [citado 2014 Jun 14]; 18 (3): 381-389. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300013>.

49. Utrera Torres MI, Medina López C, Vázquez Román S, Alonso Díaz C, Cruz-Rojo J, Fernández Cooke E, Pallás Alonso CR. Does opening a milk bank in a neonatal unit change infant feeding practices? A before and after study. *International Breastfeeding Journal* 2010, Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.

50. Arslanoglu S, Ziegler EE, Moro GE; World Association of Perinatal Medicine Working Group On Nutrition. Donor human milk in preterm infant feeding: evidence and recommendations. *J. Med Perinat.* 2010. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20443660>

51. Luchini R. Camila., Uribe T.C., Villarroel P.L., Rojas R. A. Determinantes para una lactancia Materna Exitosa: Intervención integral vs Estándar Cuidado. Ensayo Controlado aleatorio Clínico. *Rev. chil. pediatr.* [Revista en la Internet]. 2013 Abr, [citado 2014 Jun 14]; 8 (2): 138-144. Disponible en: <Http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000200003>

52. Llorens Mira B., Ferrer Hernández E., Morales Camacho V., Alenda Botella A. Creímos en la lactancia materna: Una aproximación de la experiencia en tres generaciones. *Index Enferm* [revista en la Internet] 2007 Nov [citado 2014 Jun 16]; 16 (58): 34-38. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300007&lng=es

53. Mateus Solarte J.C. Ecology and policy for exclusive breastfeeding in Colombia: a proposal. *Colombia Médica* [Revista en la Internet] 2012. [Citado 2014 Jun 15]; 43 (3). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1157>

54. Beltrán González B. M., Ruiz Iglesias M. G., Abalo R., Álvarez L.I., Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada. *Rev. Cubana Salud Pública* [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2014 Jun 15]; 33 (2): 0-0 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200007&lng=es.

55. Palencia, D., Mendoza, C., Torres, J., y Echandía, C. (2009). Kangaroo mother program: physical growth and morbidity in a cohort of children, followed from 40 weeks of postconceptional age until first year. *Colombia Médica*, 40 (3), 292-299. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/657>

56. Evangelista Cabral I., Groleau D. La Práctica de amamantar después del Método Mamá Canguro en Río de Janeiro: La necesidad de Educación en Salud e Intervención de Enfermería en el domicilio. *Esc. Anna Nery* [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado el 14 de junio 2014]; 13 (4): 763-771. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000400011>

57. Lucchini Raies C., Márquez Doren F., Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2014 Jun 17]; 21(4): 209-213. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300007>

58. Martínez J, Alcalá A, Talavera J, Hernández S, Dávila M, Gomila R, Cardalda EB. Factores facilitadores y dificultades para una lactancia exitosa en diferentes grupos ocupacionales de madres puertorriqueñas. *Revista Puertorriqueña de Psicología [Revista en la Internet]*. 2012 [citado 2014 Jun 15]; 23. Disponible en: http://reps.asppr.net/RePS/Vol_23_2012_files/RePS%20Vol%2023,%20Art%204.pdf

59. Hernández Aguilar MT., González Lombide E., Bustinduy Bascarán A., Arana Cañedo-Argüelles C., B., Martínez-Herrera Merino A. Blanco del Valf, García Rodríguez M.I., Aguirre de la Peña E., Cárcamo González G. Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). Una garantía de calidad. *Rev Pediatr Aten Primaria. [Revista en la Internet]*. 2009 .jul- sep. [Citado 2014 Jun 15]; 11 (43). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322009000400012>

60. Turnbull Plaza B., Escalante Izeta É., Klunder Klunder M. Papel de las redes sociales en la lactancia materna exclusiva. Una primera exploración. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Revista en la Internet]*. 2006 [citado 2014 Jun 15]; 44 (2): 97-104. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1218;papel-de-las-redes-sociales-en-la-lactancia-materna-exclusiva-una-primera-exploracion&Itemid=632

61. Martín Moreno V., Molina Cabrerizo M^a R., Gómez Gómez C. Duración de la lactancia materna, erupción de los primeros dientes temporales y desarrollo antropométrico alcanzado a los dos años de vida. *Nutr. Hosp. [Revista en la Internet]*. 2006 Jun [citado 2014 Jun 17] ; 21(3): 362-368. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000300012&lng=es.

62. Lepe M., Bacardí Gascón M., Castañeda-González L. M., Pérez Morales M.^a E., Jiménez Cruz A. Effect of maternal obesity on lactation: systematic review. *Nutr. Hosp. [Revista en la Internet]*. 2011 Dic [citado 2014 Jun 17]; 26(6): 1266-1269. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000600012&lng=es

63. Martínez Galiano J.M., Delgado Rodríguez M. El inicio precoz de la lactancia Materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev. Assoc. Med. Bras. [Revista en la Internet]*. 2013 Jun [Citado 2014 Jun 16]; 59(3): 254-257. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000300011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.12.001>.

64. Niño MR., Silva EG., Atalah SE. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]*. 2012 Abr [citado 2014 Jun 16] ; 83(2): 161-169. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000200007>.

65. Camargo Figuera FA., Latorre Latorre JF., Porras Carreño JA. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la Promoción de la Salud [Revista en*

la Internet]. 2011 Abr [Citado 2014 Jun 16]; 16 (1): 56 – 72. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16\(1\)_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16(1)_5.pdf)

66. Roig A. O., Martínez M. R., Cabrero García J., Pérez Hoyos S., Laguna Navidad G., Flores Álvarez J.C. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Revista en la Internet]. 2010 jun [Citado 2014 Jun 16]; 18 (3) Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_12.pdf

67. Caballero Ortiz V., Caballero Ortiz I., Ruiz González M., Caballero Ortiz A., Muchuli Caballero Y. Factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva en un área de salud. *Medisan* [Revista en la Internet]. 2013 [Citado 2014 Jun 16]; 17(3): 455-461 Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=93877&id_seccion=636&id_ejemplar=9182&id_revista=80

68. Hernández DR., Gómez Cabezas EJ., Impacto de la lactancia materna en la vacunación infantil. *Rev Cubana Pediatr* [Revista en la Internet] 2013 mar [Citado 2014 Jun 16]; 85 (1) Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312013000100008&script=sci_arttext

69. Aguilar Cordero M. J., Batran Ahmed S. M., Padilla López C. A., Guisado Barrilao R., Gómez García C. Lactancia materna en bebés pretérminos: cuidados centrados en el desarrollo en el contexto palestino. *Nutr. Hosp.* [Revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2014 Jun 17]; 27(6): 1940-1944. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000600020&lng=es. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.5995>.

70. García de Lima Parada C. M., de Barros Leite Carvalhaes M. A., Temer Jamas M. Prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer año de vida. *Rev Latino-am Enfermagem* [revista en la Internet]. 2007 Abr [citado 2014 Jun 17] 15 (2). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es_v15n2a14.pdf

71. Valdes V, Morlans., X. Aportes de las doulas a la obstetricia moderna. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, Santiago, v. 70, n. 2, 2005 Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200010&lng=es&nrost

72 Avalos González M. M. Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2014 Jun 17]; 27(3): 323-331. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300003&lng=es.

73. Alvarado Díaz, S.E, Canales Aparicio, M.L. Conocimientos y prácticas que poseen las madres sobre la lactancia materna exclusiva y el destete temprano en menores de seis meses. Trabajo de Graduación para optar al título de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador, realizado durante el 2004. Asesora Licda. Ana Cristina Reyes Regalado. Disponible en:

http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=51268&id_seccion=3209&id_ejemplar=5198&id_revista=183

74. Veramendi-Espinoza LE, et. al. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa. CIMEL 2012; 17(2):82-88, disponible en: <http://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/viewArticle/266><http://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/viewArticle/266>

75. Hernández, L., Vázquez, M. Prácticas y creencias acerca de la lactancia materna exclusiva por las mujeres que viven en la Comuna 5 en Cali, Colombia. Colombia Médica .América del Norte, 41, 06 2010 Disponible en: < <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/698/798> >. Fecha de acceso: 16 de junio 2014.

76. Betancourt Loaiza D. P., Amaya Rey M. C. P. Caracterización del riesgo familiar Total de las de mujeres en Lactancia Materna. Hacia La promoción de la salud. Caldas. [Revista en la Internet] 2012 jun [citado 2014 Jun 17]; 17 (1): 29- 44. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17\(1\)_2.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17(1)_2.pdf)

77. Carranza Lira S., Uribe Medina A., Ogando Suárez M. Efecto del consumo de lácteos en la composición de la leche materna humana. Rev. Med. Inst. México Seguro Soc [Revista en la Internet]. 2010 4[citado 2014 Jun 17]; 8(6):597-602 Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=68212&id_seccion=4110&id_ejemplar=6843&id_revista=250

78. Castillo Belén J. R., Rams Veranes A., Castillo Belén A., Rizo Rodríguez R., Cádiz Lahens A. Lactancia materna e inmunidad: Impacto social. MEDISAN [revista en la Internet]. 2009 Ago [citado 2014 Jun 17]; 13(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400013&lng=es.

79. Losa-Iglesias, M., Rodríguez-Vázquez, R., Becerro de Bengoa Vallejo, R. Papel de la abuela en la lactancia materna. Aquichan, Norteamérica, [Revista en la Internet] 2013 ago. [citado 2014 Jun 17] Disponible en: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2129>>.

80. Gorrita Pérez R. R., Ravelo Rodríguez Y., Ruiz Hernández E., Brito Herrera B. Deseos, aptitudes y conocimientos sobre lactancia materna de gestantes en su tercer trimestre. Rev Cubana Pediatr [Revista en la Internet] 2012 jun. [citado 2014 Jun 17]; 84 (2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312012000200006&script=sci_arttext

81. Belintxon-Martín M., Zaragüeta M. C., Adrián M. C., López-Dicastillo O.. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. Anales. Sis San Navarra [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Jun 17]; 34(3): 409-418. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000300007>.

82. Spanó Nakano AM., Guerreiro dos Reis C., Bistafa Pereira. J., Azevedo Gomes F. El espacio social de mujeres y su referencia para el cuidado en la práctica de la lactancia. *Rev Latino-am Enfermagem. revista en la Internet*. 2007 Abr [citado 2014 Jun 17]; 15(2) Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/es_v15n2a07.pdf

83. Broche Candó R.C, Sánchez Sarría OL, Rodríguez Rodríguez D, Pérez Ulloa LE. Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]*. 2011 Jun [citado 2014 Jun 17]; 27(2): 254-260. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200013&lng=es.

84. Alvarado Sánchez A. Y., Pajaró Medina M., Leyva Peguero Y., Blanco Ferrer D., Hernández Dinza A. Intervención comunitaria sobre lactancia materna exclusiva en gestantes del municipio Songo-La Maya de Santiago de Cuba. *MEDISAN [revista en la Internet]*. 2010 Nov [citado 2014 Jun 19]; 14(8): 2017-2025. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000800011&lng=es

85. Puente Perpiñán M., Alvear Coquet N. C., de los Reyes Losada A., Ricardo Falcón T. R. ¿Por qué las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva? *Rev Cubana Aliment Nutr [revista en la Internet]*. 2010 [citado 2014 Jun 19]; 20(2) 280-286. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=77915&id_seccion=719&id_ejemplar=7729&id_revista=54

86. Müller F, S., Silva Isilia A. Las Representaciones Sociales de las Naciones Unidas Grupo de Mujeres / amamantadoras Sobre el Apoyo a la lactancia Materna. *Rev. Latino-Am. Enfermería [revista en la Internet]*. 2009 Oct [citado el 19 de junio 2014]; 17 (5): 651-657. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000500009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000500009>.

87. Aguilar Cordero M. J., Sáez Martín I., Menor Rodríguez M. J., Mur Villar N., Expósito Ruiz M., Hervás Pérez A. et al. Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutr. Hosp. [Revista en la Internet]*. 2013 Jun [citado 2014 Jun 19] 28(3): 920-926. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000300050&lng=es. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.3.6395>.