LACTANCIA MATERNA

Programas de Protección, Apoyo y Promoción de la Lactancia Materna

Ted Greiner, PhD.

Profesor Asociado, International Child Health, Uppsala University, Suecia (Actualmente Nutricionista Principal PATH, EE.UU.)

Noviembre 2004

Introducción

La importancia de la lactancia materna es ampliamente reconocida y ha sido mencionada en diferentes artículos de la Enciclopedia del Desarrollo Infantil Temprano. Dewey, ("Nutrición: facilitando el mejoramiento de la nutrición para mujeres embarazadas y que amamantan y niños entre 0 y 5 años de edad") cita alguna de la literatura de más alta calidad sobre el amamantamiento y la salud materna e infantil, incluyendo la evidencia disponible relativa al efecto de la lactancia en el desarrollo infantil.[1]

El impacto de esta práctica alimenticia en el desarrollo infantil temprano está siendo progresivamente reconocido. Por ejemplo, el Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia (*United Nations Children's Fund*, UNICEF por sus siglas en inglés), incluye este tipo de alimentación en una sección más general relacionada con el Desarrollo Infantil Temprano. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, OMS, define la lactancia materna óptima como el régimen alimenticio exclusivo durante los primeros seis meses de vida, seguido por el suministro

©2004-2026 ABILIO | LACTANCIA MATERNA

continuado de leche natural combinado con complementos adecuados hasta los dos años de edad y posteriormente.

Materia

¿De qué manera la lactancia materna puede ser protegida, apoyada y promovida? Éstos son conceptos complejos y los pasos que se requieren para su implementación son aún más complejos. Teóricamente,[2] la creación de sistemas de protección de la práctica existente del amamantamiento merece prioridad, tanto desde la perspectiva de los derechos humanos como del punto de vista económico. En segundo término, esta prioridad debería orientarse a proporcionar el apoyo "moral"; de manejo a la lactancia; nutricional; en el lugar de trabajo; económico y social que las mujeres necesitan para cumplir con sus objetivos de lactancia. La promoción de la lactancia será racional y exhaustiva solamente cuando estos mecanismos sean establecidos, para ayudar a convencer a las mujeres a aumentar la duración y la intensidad de su período de lactancia.

Por supuesto, esta perspectiva de la "promoción" es estrecha. La información, tanto de los beneficios como de la práctica adecuada del amamantamiento, debería difundirse constantemente, a medida que cada generación de nuevas madres llegue a la edad de requierirla. De hecho, esta medida es obligatoria en países que han ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño[3]. A la vez, existe un progresivo consenso relativo a que tal información no debería tomar como punto de partida la lactancia artificial como la norma, y por lo tanto no debería enviar el mensaje de "el pecho es lo mejor"a los profesionales de la salud, sino proporcionarles evidencia objetiva sobre el daño y los riesgos inherentes que significa el proporcionar al niño una alimentación inferior a la óptima (se debe agregar, sin embargo, que tal evidencia está lejos de ser completa, especialmente en lo relativo al amamantamiento en sectores adinerados, por períodos superiores al año o, de manera exclusiva, por más de cuatro meses).

Problemas

Pese a que en todas partes es una práctica tradicional, y casi universal durante períodos de tiempo prolongados en los países de bajos ingresos (y durante períodos más breves en la mayor parte de Escandinavia, y en ciertos estados de Canadá (Coronach, SPC)), la lactancia materna en el mundo moderno está lejos de ser automática. Varias creencias y prácticas relacionadas con la vida moderna parecen dificultar su llevada a cabo. Por lo tanto, es preciso realizar permanentes

esfuerzos para proteger, apoyar y promover el amamantamiento, al menos hasta que éste se adopte como norma social.

Contexto de Investigación y Resultados de Investigaciones Recientes

El concepto de la lactancia exclusiva es reciente y su implementación (la alimentación sólo con leche materna, sin ningún complemento adicional, ni siquiera agua, desde el nacimiento del niño hasta los seis meses de edad) no es la tradición en ninguna parte. La teoría y las primeras evidencias experimentales relativas a que los niños amamantados no necesitan agua adicional fue mencionada por primera vez por Almroth en 1978[4]. Tras diversos estudios que confirmaron esta teoría, en 1997 la OMS produjo un reporte, advirtiendo a los profesionales del área de salud que se abstuvieran de suministrar leche o té a los niños que recibían leche natural. Basándose en una revisión sistematizada[5], la OMS también recomendó el régimen de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Por ende, ha habido poco tiempo para investigar las implicaciones en la salud de períodos más largos de lactancia exclusiva (poco frecuente en casi todos los países, excepto para SPC), ni de los métodos de promoción y apoyo de esta práctica más allá de las primeras semanas de vida.

Mejores Prácticas

Protección

Es probable que el primer “código de publicidad” para proteger al amamantamiento de las fuerzas del mercado haya sido promulgado en Estados Unidos[6]. No obstante, este código no ha sido respetado por los fabricantes de sustitutos de leche natural quienes no publicitan otros productos por medio de las profesiones médicas. El Código Internacional de Sucedáneos de Lactancia Materna[7] y posteriormente las Resoluciones de la Asamblea de la OMS, continúan siendo la columna vertebral de los esfuerzos tendientes a proteger el amamantamiento en la mayoría de los países del mundo, pese a las permanentes actividades promocionales de las compañías de sucedáneos de leche materna[8]. Este Código único, es la base para las leyes de publicidad exhaustivas en más de veinte países, y de leyes de publicidad menos exhaustivas en más de cuarenta. Debido al riesgo de dar una mala imagen, la mayoría de las compañías internacionales también se abstienen de publicitar avisos comerciales en gran parte de los países restantes.

Al igual que para otros productos, las actividades de marketing de alimentos comerciales para niños no se realizarían si no contribuyeran a aumentar sus ventas. Hasta ahora ha sido extremadamente difícil comprobar su impacto y muy pocos estudios lo han intentado. Los recuerdos de mujeres que denunciaron haber escuchado avisos de publicidad (controlando estadísticamente los niveles de familiaridad con las marcas, entre otros indicadores) fueron asociados con la reducción del tiempo de lactancia materna exclusiva/predominante en San Vicente[9]. En Estados Unidos, el uso de paquetes de descuento comerciales también ha sido asociado con la disminución del tiempo de amamantamiento exclusivo o predominante.[10]

Por definición, es imposible evaluar el impacto de los esfuerzos realizados por la OMS, el UNICEF y las ONGs como la Red Mundial de Grupos Pro Alimentación Infantil (IBFAN) y la Alianza Mundial para la Lactancia Materna (WABA), para monitorear y mantener el Código.

Apoyo

A nivel amplio, las mujeres necesitan el apoyo de la sociedad en su conjunto, al igual que la aceptación de la práctica de la lactancia materna como norma social, como parte de la vida y una extensión normal del proceso reproductivo posterior al embarazo. Este tipo de práctica social se ha perdido en la mayoría de los países de mayores ingresos, pero ha sido restaurada en SPC. Casi la totalidad del resto de Europa y de Estados Unidos está actualmente realizando diversos esfuerzos para promover la restauración de su cultura de lactancia anterior. Sin embargo, sin la implementación de algunas medidas de apoyo que se describen a continuación, el éxito será improbable.

Pese a que el amamantamiento es un método de alimentación “natural,” no es instintivo para la madre. Aunque diversas conductas relativas a la lactancia sean intuitivas para los infantes, una pequeña proporción de niños o madres lo practican de forma equivocada si no cuentan con la debida orientación. Al respecto, se ha acumulado un conjunto de evidencias sobre la mejor manera de capacitar y de “manejar el amamantamiento”, y se han efectuado diversos cursos de alcance internacional sobre el tema (incluso uno disponible de la OMS[11]), junto a un programa de certificación (la Junta Internacional de Examinadores de Consultores en Lactancia, IBCLE por sus siglas en inglés).[12]

Asimismo, todos los centros de salud deberían disponer de miembros o consultantes con conocimientos y habilidades en el manejo de la lactancia. Estos conocimientos no están incluidos en la formación básica de los profesionales de la salud; aunque el entrenamiento de las parteras

podría contener algo de información al respecto.

En la misma dirección, los centros de salud con salas de maternidad deberían adoptar las recomendaciones de la Declaración “Diez Pasos para un Amamantamiento Exitoso”, suscrita por la OMS / UNICEF, como parte de la Iniciativa de Hospitales Amigables de la Niñez. Existe suficiente documentación científica sobre los cambios necesarios en la práctica hospitalaria, particularmente en lo relativo a la importancia de la iniciación temprana del amamantamiento, la prevención del suministro innecesario de sustitutos de leche materna con glucosa y otras sustancias, y la iniciativa de “sueño compartido” (cuartos adaptados para que la madre duerma con el recién nacido, en vez de recurrir a la sala cuna).[13]

La Organización Internacional del Trabajo (OIT en español e ILO en inglés) ha aprobado tres Convenios para la Protección de la Maternidad; el último fue el Convenio Nº 183 del 2000 con la Recomendación Nº 19514. Hasta ahora, sólo nueve países lo han ratificado (mediados de 2004)[14]. La prolongación de la licencia maternal (La R 195 recomienda 18 semanas, pero SPC ofrece períodos más largos) es, sin duda, la mejor forma de otorgar a las mujeres trabajadoras la posibilidad de practicar la lactancia exclusiva. Otra medida consiste en ofrecer un jardín infantil y salas para amamantar en el lugar de trabajo. Este problema se agudiza a nivel mundial para las mujeres trabajadoras del sector informal, quienes a menudo carecen de cualquier tipo de protección maternal e incluso pueden perder sus empleos en caso de embarazo.

Una cantidad considerable de estudios en el tema han demonstrado que varios tipos de apoyo de parte de los padres, familiares y amigos son cruciales para que las mujeres puedan lograr patrones óptimos de amamantamiento[15]. Además, la práctica de la lactancia exclusiva no se logrará sin abordar los mitos ampliamente repandidos, que actúan como factor de presión hacia las madres[16] para que realicen una lactancia mixta (introducción de otros alimentos), la cual forma parte de la norma de la alimentación infantil a nivel mundial[17].

Analizado globalmente, es imposible realizar una evaluación sobre los impactos de las diversas formas de apoyo que las mujeres necesitan para lograr patrones óptimos de lactancia. Efectivamente, se han realizado esfuerzos muy limitados – en el mejor de los casos – desde un enfoque integral, con la posible excepción de Brasil, país que ha implementado, durante más de 20 años, múltiples iniciativas, logrando efectos indudables en sus tasas de amamantamiento – aun cuando en esa nación también queda mucho por hacer.[18,19,20]

Promoción

Hasta ahora, se han llevado a cabo evaluaciones de diversas formas de promoción de la lactancia, desde la publicación de un folleto sencillo o la emisión de mensajes verbales sobre la lactancia, hasta los enfoques integrales en los sistemas de salud y a nivel comunitario. Una revisión de 23 estudios experimentales y 31 cuasi experimentales concluyó que las estrategias más efectivas para promover la lactancia materna a través del sistema de salud consiste en impulsar una política verdaderamente integral, combinando discusiones de grupos prenatales con visitas postnatales a los hogares[21]. A la vez, Pugin *et al.*[22] descubrieron que el incluir, entre otras intervenciones, "sesiones educacionales de grupos prenatales que se focalicen en las habilidades necesarias para iniciar y mantener la lactancia una vez transcurrido el período neonatal", influyó para que un número significativamente superior de mujeres continúen con esta práctica a los seis meses posteriores al parto.

Una revisión reciente del Servicio Nacional de Salud en Gran Bretaña[23] analizó la evidencia de dos revisiones sistemáticas de alto nivel sobre intervenciones que han comprobado haber aumentado el inicio de la lactancia (y, por tanto, focalizados principalmente en las áreas donde la adopción de este método de alimentación es baja). El estudio concluyó que los enfoques integrales, tanto al interior como al exterior del sistema de salud, parecieron ser los más efectivos, incluyendo el uso de los medios de comunicación y de capacitadores pares.

No obstante, es difícil determinar exactamente cuáles aspectos de los complejos programas promocionales han tenido un impacto, y cuáles no lo han tenido. De Oliveira *et al.*[21] descubrieron que "se ha comprobado que las intervenciones cortas a pequeña escala, incluyendo mensajes breves en pro del amamantamiento dados entre otros temas, y la publicación aislada de materiales de difusión, no son efectivos. La mayoría de las estrategias que no incluyen una interacción cara a cara, o la incluyen de forma breve, no han producido resultados significativos."

La existencia de capacitadores pares es el tipo de intervención que ha suscitado más adhesiones en los últimos años, quizás como respuesta a algunos ensayos clínicos que han logrado impactos significativos sobre las tasas de amamantamiento exclusivo en algunos países en vías de desarrollo[24,25,26]. No obstante, en países industrializados, las evaluaciones de los capacitadores pares han tenido resultados mixtos, así como algunos reportes de ensayos no publicados en países en vías de desarrollo. Se necesita disponer de nuevas investigaciones para determinar cuáles características de los capacitadores pares y de los programas que los utilizan, se asocian más con el éxito de los programas.

Conclusiones

Las prácticas óptimas de lactancia materna, pese a estar vinculadas con inmensos beneficios para la salud, especialmente en los países en desarrollo,[27] exigen mucho para que las madres puedan implementarlas y su promoción por medio de programas es muy compleja. Parece poco probable que los enfoques simplistas, que incluyen sólo un aspecto, puedan ser efectivos; es necesario realizar esfuerzos sistemáticos orientados a la protección, el apoyo y la promoción de la lactancia, tanto en el sector del sistema de salud como en la comunidad en su conjunto.

La OMS, en su Estrategia Global de Alimentación de Niños y Jóvenes[28], aprobada recientemente, ha formulado recomendaciones integrales a los hacedores de políticas y programas para lograr una alimentación infantil óptima. En este documento, entre otras sugerencias, se aconseja a los distintos países la creación de comités intersectoriales de lactancia y el nombramiento de un coordinador. Sin embargo, se requiere de recursos monetarios y de la asignación de responsabilidades para que las tareas de protección, apoyo y promoción del amamantamiento puedan ser exitosas.

Referencias

1. Dewey KG. Facilitating improved nutrition for pregnant and lactating women, and children 0-5 years of age. Commenting: Black, Reifsnider, and Devaney. En Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2003:1-6. Disponible en: http://www.child-encyclopedia.com/documents/DeweyANGxp.pdf. Visitado el 12 de octubre de 2004.
2. Greiner T. Infant and young child nutrition: a historic review from a communication perspective. En: Koniz-Booher P, ed. *Proceedings of an international conference on communication strategies to support infant and young child nutrition*, July 13-14, 1992, Washington, D.C.. Ithaca, NY: Cornell University, Program in International Nutrition; 1993:7-15.
3. UNICEF. United Nations General Assembly. International Convention on the Rights of the Child. Disponible en: http://www.unicef.org/crc/. Visitado el 29 de octubre de 2007.
4. Almroth SG. Water requirements of breast-fed infants in a hot climate. *American Journal of Clinical Nutrition* 1978;31(7):1154-1157.
5. Kramer MS, Kakuma R. *The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review.* Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Nutrition for Health and Development, Department of Child and Adolescent Health and Development; 2002.Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_review_eng.pdf. VIsitado el 29 de octubre de 2007.
6. AMA. Committee on Foods. Advertising guidelines. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1932;99:391.
7. WHO. *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1981. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf. Visitado el 29 de octubre de 2007.
8. Aguayo VM, Ross JS, Kanon S, Ouedraogo AN. Monitoring compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes in west Africa: multisite cross sectional survey in Togo and Burkina Faso. *BMJ - British Medical*

Journal 2003;326(7381):127.

9. Greiner T, Latham MC. The influence of infant food advertising on infant feeding practices in St. Vincent. *International Journal of Health Services* 1982;12(1):53-75.

10. Donnelly A, Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004;3.

11. World Health Organization. *Breastfeeding counselling: a training course.* Geneva, Switzerland:World Health Organization; 1993. Disponible en: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/BFC.htm. Visitado el 12 de octubre de 2004.

12. International Board of Lactation Consultant Examiners Web site. Disponible en: http://www.iblce.org/. Visitado el 12 de octubre de 2004.

13. World Health Organization, Division of Child Health and Development. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998. Disponible en http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm. Visitado el 12 de octubre de 2004.

14. International Labour Organisation. C183 Maternity Protection Convention, 2000. Disponible en: http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183. Visitado el 12 de octubre de 2004.

15. Kessler LA, Gielen AC, Diener-West M, Paige DM. The effect of a woman's significant other on her breastfeeding decision. *Journal of Human Lactation* 1995;11(2):103-109.

16. Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL, Dewey KG. Promoting exclusive breastfeeding for 4-6 months in Honduras: attitudes of mothers and barriers to compliance. *Journal of Human Lactation* 1999;15(1):9-18.

17. Haggerty PA, Rutstein SO. *Breastfeeding and complementary infant feeding, and the postpartum effects of breastfeeding.* Calverton, Md: Macro International Inc.; 1999.

18. de Oliveira Brady S. Protecting breastfeeding: Brazil's story. *Practising Midwife* 2003;6(10):14-16.

19. de Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. A method for the evaluation of primary health care units' practice in the promotion, protection, and support of breastfeeding: results from the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Human Lactation* 2003;19(4):365-373.

20. Rea MF. [A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached ten months' breastfeeding duration] [Portuguese]. *Cadernos de Saude Publica* 2003;19(Suppl 1):S37-S45.

21. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *Journal of Human Lactation* 2001;17(4):326-343.

22. Pugin E, Valdes V, Labbok MH, Perez A, Aravena R. Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program? *Journal of Human Lactation* 1996;12(1):15-19.

23. Protheroe L, Dyson L, Renfrew MJ, Bull J, Mulvihill C. *The effectiveness of public health interventions to promote the initiation of breastfeeding: Evidence briefing.* London, England: NHS Health Development Agency; 2003. Disponible en: http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=502579. Visitado el 29 de octubre de 2007.

24. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, Ruiz-Palacios G, Morrow RC, Butterfoss FD. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353(9160):1226-1231.

25. Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000;356(9242):1643-1647.

26. Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK, Infant Feeding Study Group. Effect of community-based promotion of exclusive Encyclopedia on Early Childhood Development breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361(9367):1418-1423.

27. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362(9377):65-71.

28. World Health Organization. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. Disponible en: http://www.who.int/entity/nutrition/.

©2004-2026 ABILIO | LACTANCIA MATERNA