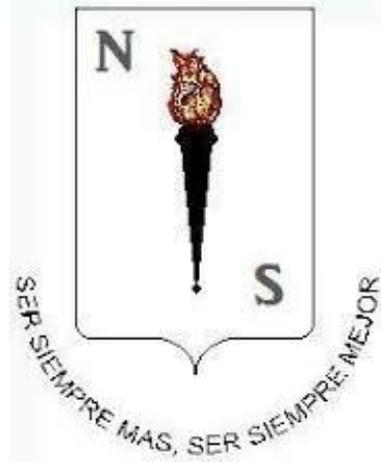


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

CLAVE: 8722



TÉSIS

LACTANCIA MATERNA, EN LA VISIÓN DEL NEONATÓLOGO CARLOS GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

MARÍA GUADALUPE MAGAÑA ESPINOSA

ASESORA DE TÉSIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria.

Esta tesis te la dedico a ti hijo, Sergio Alejandro Solís Magaña ya que es por ti que día a día me esfuerzo a ser mejor a salir adelante, que a pesar de la corta edad que tienes he aprendido muchísimo de ti, cierto!!!! Te tuve a muy corta edad pero en ningún momento me arrepiento de que eso pasara eres lo más hermoso que me ha pasado en la vida, contigo aprendí miles de cosas hay veces que los caminos de la vida no son como yo pensaba, no son como imaginaba no son como yo creía, los caminos de la vida son muy difícil de andarlos difícil de caminarlos pero aun así tenemos que ponerle mucho esfuerzo y seguir adelante. A mi Dios gracias por todo lo que me ha dado hasta donde me ha permitido llegar gracias por lo que he logrado y por todo lo que viene siempre esperando lo mejor de el

Agradecimientos

Quiero agradecer a todas las personas que siempre estuvieron apoyándome durante los años de mi carrera pero especialmente a mi esposo ya que si no fuera por el no estuviera en donde estoy, a mi mama que día a día se esforzó para darme lo mejor, a toda mi familia que si no fuera por ellos no fuera capaz de terminar mis estudios. Mil gracias por todo su apoyo incondicional que me han brindado en estos años de universidad. A mis hermanas gracias por sus palabras por su gran apoyo no esperaba menos de ustedes. A mi dios ya que si no fuera por el nada de esto fuera posible.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1 VIDA Y OBRAS.....	2
2.2 INFLUENCIAS.....	3
2.3 HIPÓTESIS.....	3
2.6 OBJETIVOS.....	5
2.6.1 OBJETIVO GENERAL:.....	5
2.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	5
2.7 MÉTODOS.....	5
2.7.1 CUALITATIVO.....	5
2.7.2 CUANTITATIVO.....	5
2.8 VARIABLES.....	6
2.9. ENCUESTAS Y RESULTADOS.....	6
2.10. GRAFICADO.....	8
3. GENERALIDADES.	8
3.1. DEFINICIÓN DE LACTANCIA MATERNA.	9
3.2. LACTANCIA MATERNA Y BENEFICIOS PARA EL NIÑO.....	10
3.3. OBJETIVO	10
3.4. CRECIMIENTO DEL NIÑO AMAMANTADO.	13
3.5. LACTANCIA MATERNA Y MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL NIÑO.	18
3.6. LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO COGNITIVO DEL NIÑO.	22
3.7. LACTANCIA MATERNA Y ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL NIÑO.....	25
3.8. LACTANCIA MATERNA Y COLESTEROL.....	26
4. LACTANCIA MATERNA Y SUS BENEFICIOS EN LA MADRE.....	29
4.1. LACTANCIA MATERNA, RETENCIÓN DE PESO POSPARTO Y RIESGO DE OBESIDAD MATERNA EN ETAPAS POSTERIORES.....	31
4.2 LACTANCIA MATERNA Y CÁNCER DE MAMA Y OVARIO.....	36
4.3. DIABETES Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES QUE AMAMANTAN..	39
4.4. LACTANCIA Y DEPRESIÓN EN LAS MADRES.....	45
4.5. COSTOS DE LAS PRÁCTICAS INADECUADAS DE LACTANCIA MATERNA.	49
4.6. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS PRÁCTICAS DE LACTANCIA EN MÉXICO.	55

4.7. BARRERAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO.....	58
4.8. DETERMINANTES CULTURALES, ECONÓMICAS Y SOCIALES DE LA LACTANCIA.....	64
4.9. SÍNDROME DE LECHE INSUFICIENTE.....	65
5. POLÍTICAS PÚBLICAS EN TORNO A LA LACTANCIA EN MÉXICO.....	69
5.1. MODELO DE ENGRANAJE PARA UN SISTEMA EXITOSO DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA.....	71
5.2. ÁMBITOS EN LA ENSEÑANZA DE LA LACTANCIA EN MÉXICO.....	72
5.3. ABOGACÍA.....	75
5.4. VOLUNTAD POLÍTICA.....	78
5.5. LEGISLACIÓN EN TORNO A LA LACTANCIA. NORMAS, LEYES Y VACÍOS LEGALES EN EL APOYO A LA LACTANCIA.....	81
5.6. LACTANCIA Y EMPLEO.....	86
5.7 ESTADO DE LOS PROGRAMAS DE APOYO A LA LACTANCIA EN MÉXICO: INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO.....	89
5.8. LACTARIOS.....	95
5.9. PROGRAMAS QUE PROMUEVEN LA LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO: ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA NUTRICIÓN.....	100
6. EN EL CENTRO DE SALUD.....	104
6.1. EN LA MATERNIDAD.....	105
6.2 DURANTE LA ESTANCIA EN LA MATERNIDAD.....	106
6.3 LA TÉCNICA.....	106
6.4 EN LA UNIDAD NEONATAL.....	107
6.5 EN EL DOMICILIO.....	108
6.6 POSIBLES SITUACIONES.....	108
6.7 DOLOR AL INICIO DE LA SUCCIÓN.....	108
6.8 GRIETAS EN EL PEZÓN.....	109
6.9 INGURGITACIÓN MAMARIA.....	109
7. CONGESTIÓN MAMARIA.....	109
7.1 OBSTRUCCIÓN DE UN CONDUCTO (GALACTOCELE).....	110
7.2 MASTITIS.....	110
7.3 DERMATITIS DE LA MAMA.....	111
7.4 CONTINUIDAD DE LA LACTANCIA.....	111

7.5 VARIACIONES EN LA CANTIDAD DE LECHE.....	111
7.6 DUDAS FRECUENTES.....	112
7.7 RELACTACIÓN.	113
7.8 OPCIONES ANTICONCEPTIVAS	113
7.9 MANTENIMIENTO.....	114
8. VUELTA AL TRABAJO: EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN.	115
8.1 DESTETE GRADUAL.	116
8.2 MEDICAMENTOS Y TÓXICOS.....	117
8.3 ENFERMEDADES MATERNAS.	117
8.4 SITUACIONES ESPECIALES.	118
8.5 SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO	119
8.6 EVALUACIÓN.	119
8.7 INDICACIONES A LA PORTADORA DE LACTANCIA MATERNA.	120
8.8 RECOMENDACIONES.....	120
8.9 CUIDADOS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA.	123
9. CONCLUSIÓN.....	123
10. BIBLIOGRAFÍA.	124
10.1. BÁSICA.....	124
10.2. COMPLEMENTARIA.	127
11. GLOSARIO.....	129

1. INTRODUCCIÓN

La situación de las prácticas de lactancia materna tanto en el contexto nacional como en el internacional indica de manera clara que para su promoción, protección y apoyo es necesario establecer una estrategia integral y coordinada que incluya una serie de elementos indispensables. Tales elementos están constituidos por una legislación clara, completa y respetada; el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de programas y políticas públicas; el financiamiento de las acciones; al igual que la abogacía y voluntad política, así como su promoción a diferentes niveles; todo coordinado por un nivel central con poder de decisión, de reclamo de rendición de cuentas. Hasta fechas recientes se había dejado de lado la implementación y el monitoreo de acciones de apoyo a la lactancia.

Ahora México ha iniciado con un proceso de reformas conducentes a la conformación de una Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM). Esta estrategia no solo es consecuencia de la inequívoca evidencia sobre los beneficios de la lactancia materna en la salud de la población y el desarrollo del capital humano en los países que tienen practicas optimas de alimentación infantil, sino en los datos alarmantes de su deterioro; en México la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de edad es la más baja del Continente Americano. La implementación integral de una ENLM que incluya el establecimiento de un comité nacional operativo, la coordinación sectorial de las acciones, el establecimiento de metas claras y calendarizadas, el monitoreo y penalización de las violaciones al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y el financiamiento de estas acciones, son algunos de los retos más importantes pendientes de atenderse por los tomadores de decisiones. Estos temas se discuten en este libro. Su objetivo es congrega en un solo documento la información científica y legal más actualizada sobre los temas que deben ser considerados en el diseño de la política de apoyo y fomento.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 VIDA Y OBRAS

Pediatra español, Carlos González Rodríguez estudió en la Universidad Autónoma de Barcelona, cursando su especialidad en el Hospital Sant Joan de Déu. Desde entonces, González Rodríguez ha ejercido como pediatra y es conocido por su trabajo de investigación y divulgación en temas como la crianza, la alimentación y la salud infantiles.

González Rodríguez ha publicado numerosos artículos sobre la importancia de los métodos no conductivos en los primeros pasos de la crianza, una corriente llamada *crianza con apego*. También es muy importante su labor en defensa del uso de la leche materna dentro de la alimentación infantil, siendo especialista en esta materia por la Universidad de Londres.

Además, González Rodríguez ha publicado varios ensayos divulgativos sobre estos temas, de entre los que habría que destacar títulos como *Mi niño no me come*, *Comer, amar mamar* o *En defensa de las vacunas*.

2.2 INFLUENCIAS

El conocido pediatra tuvo el apoyo de sus familiares y maestros durante su carrera se inspiró en el conocimiento sobre el tema desde muy pequeño fue impulsado por su mamá que estuvo con él desde muy joven siempre apoyándolo en todo momento y en todas las cosas sobre su carrera esto motivó al doctor a realizar investigaciones más a fondo y a sí hacer su especialidad para dar argumentos sobre dichos temas también motivándolo siempre a seguir adelante y fue el propio médico quien escribió varios libros dándole cada vez más importancia a su especialidad como pediatra

2.3 HIPÓTESIS

Es de suma importancia para todo el personal de salud tener conocimientos sobre el tema de la lactancia materna ya que la NOM 043_SSA2_2012 así lo indica es muy importante que las madres puedan brindarle este beneficio a los recién nacidos para su bienestar además de que es rico en fortalecer sus defensas el personal de enfermería tiene la obligación de brindarles la información adecuada para su mejor conocimiento.

2.4 JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable, ya que la leche materna provee al bebé mucha inmunidad en su desarrollo.

Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información, apoyo de su familia del sistema nacional de salud, sobre todo de buena alimentación ya que eso es lo más importante para que tenga una mejor lactancia materna y pueda amamantar a su bebe, brindándole así los nutrientes necesarios que él bebe requiere.

La OMS recomienda el calostro como el alimento perfecto para el recién nacido, ya que la leche dura un par de días en salir, el calostro aporta todos los nutrientes necesarios para él bebe desde su nacimiento, siendo el calostro su primer alimento y como beneficio protegiéndolo así de varias enfermedades y brindándole una vida saludable.

Teniendo en cuenta también todos los nutrientes y beneficios que aportan tanto a la madre pero especialmente al recién nacido. Protegiéndolo de varias enfermedades, también teniendo en cuenta que la madre debe llevar una buena alimentación para que tenga una mejor manera de amamantar.

Enfermería tiene la obligación de brindarle toda la información requerida tanto a la madre como a los familiares, proporcionándole información sobre la alimentación, también que existen varias formas de amamantar a su bebe, sobre la asepsia que deben tener las mamas para no haya alguna infección.

También que existen masajes en las mamas que la lactancia sea más eficaz, no olvidar también que la hidratación es un factor de mucha importancia para una lactancia materna eficaz.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Lactancia materna es de suma importancia ya que contiene los nutrimentos más importantes para el recién nacido también es muy importante para la madre tener la información adecuada ya que es importante que le de leche materna al recién nacido.

2.6 OBJETIVOS

2.6.1 OBJETIVO GENERAL:

- Fomentar la lactancia materna para las madres que sepan la importancia y beneficios que aporta la lactancia materna a los recién nacidos.

2.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Informar a las madres sobre las diferentes técnicas para una mejor lactancia materna.
- Concientizar a las madres sobre los beneficios que aporta la leche materna.
- Indagar más a fondo sobre dicho tema para reforzar los conocimientos adquiridos.

2.7 MÉTODOS

2.7.1 CUALITATIVO

En mi tesis utilizaré el método cualitativo porque es un método de investigación que alude a las cualidades es utilizado particularmente en lo social este método se apoya en describir de forma minuciosa, eventos, hechos, personas, situaciones, comportamientos, interacciones, que se observan mediante un estudio.

2.7.2 CUANTITATIVO

En este método también conocido como investigación cuantitativa, empírico analítico, racionalista o positivista es aquel que se basa en los números para investigar, analizar, y comprobar información y datos este intenta especificar y delimitar la asociación o correlación, además de la fuerza de las variables, la generalización y objetivación de cada uno de los resultados obtenidos para deducir resultados.

2.8 VARIABLES

2.9. ENCUESTAS Y RESULTADOS

ESCUELA DE ENFERMERIA NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

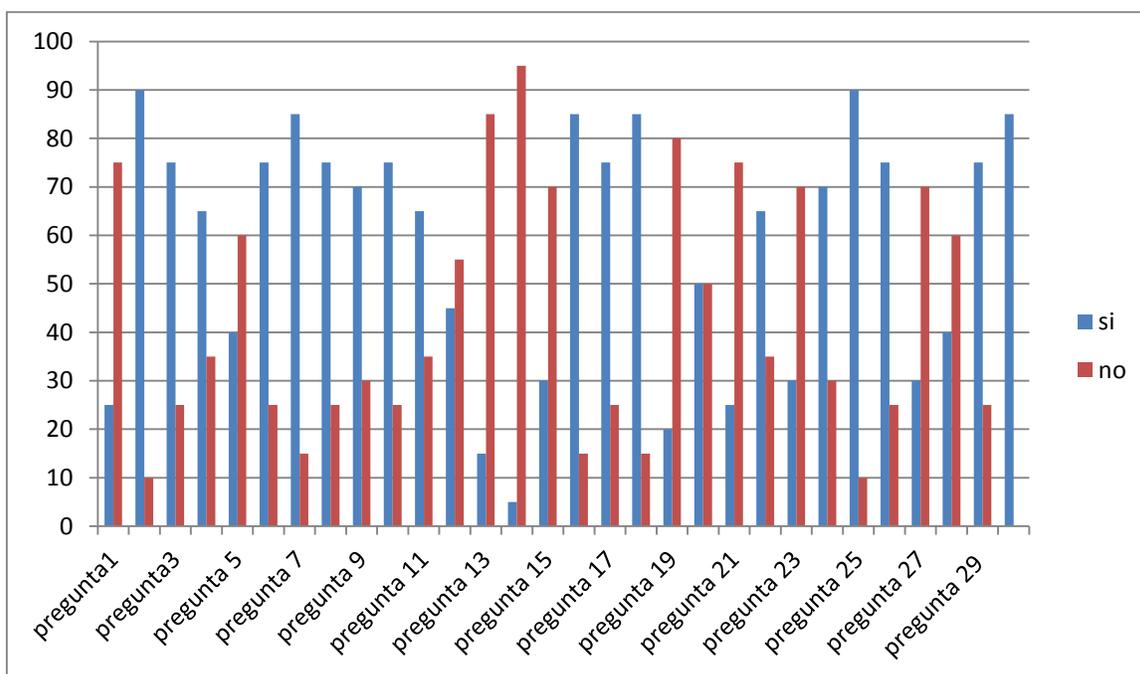
ENCUESTA DIRIJIDA A MUJERES CON HIJOS QUE HAN DECIDIDO ALIMENTAR A SUS BEBES

	SI	NO
1. ¿Su embarazo ha sido deseado?	25%	75%
2. ¿Sabe la importancia de la Lactancia Materna?	90%	10%
3. ¿Está dispuesta a alimentar a su bebe?	75%	25%
4. Conoce los beneficios de la Lactancia Materna?	65%	35%
5. ¿Ha recibido alguna orientación sobre el cuidado que debe tener la madre durante la Lactancia Materna?	40%	60%
6. ¿consume algunos alimentos que le ayuden a la Lactancia Materna?	75%	25%
7. ¿Sabe la posición adecuada para amamantar al bebe?	85%	15%
8. ¿Sabe los momentos en los que debe alimentar al bebe?	75%	25%

9. ¿Sabe los cuidados que debe tener la madre en sus mamas?	70%	30%
10. ¿Sabe usted el tiempo recomendado para la Lactancia Materna?	75%	25%
11. ¿Está de acuerdo que solo debe amamantar al bebe hasta los 6 meses?	65%	35%
12. ¿Tiene conocimientos sobre los masajes que debe recibir la madre en las mamas?	45%	55%
13. ¿conoce la norma sobre la Lactancia Materna?	15%	85%
14. ¿Sabe del contenido general de la norma?	5%	95%
15. ¿Ha leído algo sobre Lactancia Materna?	30%	70%
16. ¿La Lactancia Materna aporta nutrientes al bebe?	85%	15%
17. ¿Tiene conocimiento de que el amamantar puede servirle como método anticonceptivo?	75%	25%
18. ¿La Lactancia Materna garantiza inmunidad al bebe?	85%	15%
19. ¿Ha recibido información de parte de la enfermera a cerca de los beneficios de la Lactancia Materna?	20%	80%
20. ¿Sabe usted que es el calostro?	50%	50%
21. ¿Está de acuerdo en que el calostro provee al bebe anticuerpos que lo hacen inmune contra ciertas enfermedades?	25%	75%
22. ¿La Lactancia Materna es rica en colesterol?	65%	35%
23. ¿Sabía que la Lactancia Materna permite a la madre recuperar su equilibrio hormonal?	30%	70%
24. ¿La Lactancia Materna protege contra la muerte a los bebes prematuros?	70%	30%
25. ¿Ayuda la Lactancia Materna al mejor desarrollo cognitivo del niño?	90%	10%
26. ¿Está de acuerdo que la Lactancia Materna contribuye a una pronta recuperación post parto?	75%	25%
27. ¿Conoce que la Lactancia Materna disminuye el riesgo de que la madre padezca osteoporosis?	30%	70%
28. ¿Se da cuenta que la Lactancia Materna reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario?	40%	60%
29. ¿Sabe usted que la interrupción de la	75%	25%

Lactancia Materna temprana está asociada con la depresión post parto?		
30. ¿Conoce que la mujer que está amantando no puede tomar cualquier tipo de medicamentos?	85%	15%

2.10. GRAFICADO.



3. GENERALIDADES.

3.1. DEFINICIÓN DE LACTANCIA MATERNA.

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan 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 la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.

La lactancia materna es el tiempo durante el cual el bebé se alimenta exclusivamente de leche de la madre. Es el mejor alimento que puede recibir él bebe ya que le proporciona todos los nutrientes requeridos para su desarrollo y crecimiento.

Para poder alimentar al recién nacido, las mamas de la madre se preparan durante el embarazo para producir leche. La mujer debe prepararse para lactar a su hijo, cuidando sus pezones para fortalecerlos.

Durante los primeros días de lactancia, la mujer produce un líquido amarillento y espeso llamado calostro. El calostro es una sustancia pro láctea que contiene proteínas, vitaminas, sales minerales, leucocitos y corpúsculos de calostro. Esta posee propiedades laxantes y provee al bebe de anticuerpos que lo inmunizan contra ciertas enfermedades.

A partir del quinto día de lactancia, la leche materna va aumentando su concentración de grasas y vitaminas hasta convertirse en leche madura, lo que ocurre al décimo día. Esta leche es poco transparente y de color blanco azulado, contiene lactosa, lacto albúmina, vitaminas y minerales, hormonas y lípidos.

Otras de las ventajas de la lactancia es que permite a la madre recuperar su equilibrio hormonal, previene el cáncer de mama y proporciona satisfacción afectiva a la madre y al bebé.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida. Se mantendrá, introduciendo alimentación complementaria lenta y progresivamente desde los seis meses, hasta que la madre decida dejar de amamantar.

La madre lactante requiere una dieta balanceada para garantizar una mejor leche. Debe cuidarse del consumo de drogas, del alcohol, de medicamentos, y de cualquier sustancia, cuyos efectos no estén claros y conocidos. Existen casos en que la lactancia natural no es posible cuando la madre presenta enfermedades de SIDA, sífilis, herpes simple, o que esté recibiendo quimioterapia, etc. Se recomienda en ese caso la lactancia artificial

3.2. LACTANCIA MATERNA Y BENEFICIOS PARA EL NIÑO.

Las prácticas de alimentación infantil adecuadas son fundamentales para la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo, la salud y la nutrición de los lactantes y niños en cualquier lugar del mundo. Durante algún tiempo había debate en relación con la forma óptima de alimentar al lactante, en especial en que mes se debía iniciar la alimentación complementaria. No fue sino hasta el 2001 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS)² comisionó a expertos para revisar la literatura científica en la cual se pudiera respaldar la recomendación sobre la duración óptima, tanto de la lactancia materna exclusiva como de la duración total de la lactancia.

3.3. OBJETIVO

Identificar que esquema de alimentación se asociaba con un mejor crecimiento, desarrollo y supervivencia del lactante. Existía particular controversia en relación con la duración de la lactancia exclusiva y a partir de qué edad se debían

introducir alimentos a la dieta del niño pequeño. Hay un momento durante el primer año de vida cuando el aporte total de energía y nutrientes de la leche humana deja de ser suficiente en relación con el tamaño cada vez mayor del lactante en pleno crecimiento. Se debían analizar las ventajas y desventajas de iniciar la alimentación complementaria (AC) a los 4 o esperar hasta los 6 meses de la vida del lactante. Se consideraban las ventajas en términos de salud, supervivencia y desarrollo, y las desventajas en términos de enfermedad y muerte. Se buscaba un punto de equilibrio en el cual iniciar la AC propiciaba la continuación del crecimiento y desarrollo adecuados sin desplazar la leche materna.

Este punto es crucial dado que el lactante nace con la capacidad de regular su consumo al ajustarlo a sus requerimientos. Este ajuste en el consumo es tanto metabólico como relacionado con el reducido espacio gástrico. Una vez que el niño consume lo que necesita en términos de energía rechaza seguir comiendo. Si el niño consume algún alimento en lugar de la leche materna antes de que esta deje de ser suficiente para mantener su crecimiento, Desplaza lo que se hubiera consumido en la leche, por lo regular téis endulzados, frutas en puré y otros alimentos bajos en densidad de micronutrientes, es decir, todos los alimentos de inferior calidad a la leche materna. En este caso el desplazamiento es perjudicial. Además, los alimentos complementarios pueden ser una fuente potencial de microorganismos patógenos que causan enfermedades gastrointestinales. Cuando la leche de la madre deja de ser suficiente para sostener por si sola el crecimiento, entonces el consumo de alimentos ricos en los micronutrientes necesarios para el crecimiento (y desde luego inocuos), en adición a la leche materna, no desplaza sino que complementa a la leche materna, pues su consumo es beneficioso y favorece el crecimiento y desarrollo óptimos. La identificación del momento idóneo para la introducción de la alimentación complementaria establece el punto de equilibrio en que el riesgo-beneficio es el máximo. Para establecer las recomendaciones internacionales, la OMS comisiono la revisión de la evidencia científica. Se identificaron más de 3 000 referencias científicas en español, inglés

o francés disponibles al momento de la revisión, las cuales fueron sometidas a revisión sistemática por expertos independientes. Esta revisión ha permitido identificar y resumir estudios comparativos entre la lactancia materna exclusiva de 4 a 6 meses vs. 6 meses en términos de crecimiento, nivel de hierro en el organismo, morbilidad, enfermedades atípicas, desarrollo motor, pérdida de peso materno después del parto y amenorrea posparto. La evidencia científica no pareció indicar que la lactancia materna exclusiva durante 6 meses produzca algún efecto adverso sobre el crecimiento del lactante en el conjunto de la población, es decir, en promedio. La revisión recomienda que en los casos de desnutrición materna grave o de Recien nacidos con bajo peso al nacer (< 2.5 kg) o retardo en el crecimiento intrauterino (< 10o percentil de las referencias de crecimiento) la lactancia materna

Exclusiva por 6 meses (LME < 6 meses) podría ser insuficiente para mantener un buen estado de nutrición del niño por deficiencia de micronutrientes (en especial hierro y zinc), o ser perjudicial para la madre por aumentar su déficit nutricio.^{9,10} Debe considerarse que entre los 4 y 6 meses de edad el lactante debe ser vigilado en su crecimiento y estado de nutrición de micronutrientes, en particular de hierro y zinc para asegurarse que su crecimiento sea normal. La recomendación de LME < 6 meses por la OMS se basa en la evidencia de reducción de riesgos de enfermedades pediátricas infecciosas, y más tarde en la vida de enfermedades crónicas. La evidencia de protección contra enfermedades infecciosas es en particular importante en países de bajos y medianos ingresos en donde las condiciones ambientales no son las óptimas en términos de higiene. Sin embargo, la magnitud de la protección de la lactancia materna practicada como lo indica la OMS aumenta a medida que las condiciones del ambiente del niño se deterioran. Los niños menores de 1 año de edad que no son amamantados experimentan mayores riesgos de enfermedad y muerte que los niños que reciben lactancia materna. Estos riesgos se relacionan sobre todo con las enfermedades infecciosas pediátricas como diarrea aguda, infecciones respiratorias, otitis media, y enterocolitis necrosante. También están en un mayor riesgo de algunas enfermedades crónicas como la obesidad y la diabetes, un cociente reducido de

inteligencia, e incluso es probable un mayor riesgo de epilepsia durante la edad adulta. La práctica de la lactancia materna además se relaciona con beneficios a la madre,

3.4. CRECIMIENTO DEL NIÑO AMAMANTADO.

El crecimiento del niño se evalúa con base en la comparación de referencias que suponen poblaciones sanas. No obstante, por mucho tiempo las referencias más utilizadas por su diseño no reflejaban un crecimiento común, ni cumplían con las recomendaciones de alimentación infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, diversos estudios mostraban que los niños alimentados de forma exclusiva al seno materno (AES) crecían más rápido en los primeros 2 a 3 meses y después más lento el resto del primer año, sin encontrar afectación en el desarrollo y actividad del lactante. Por otro lado, los niños alimentados con fórmula presentaban mayores depósitos de grasa, lo que explicaba la diferencia de peso con los niños AES, lo que se había pensado indicaba inferioridad de la leche materna frente a la fórmula. No obstante, a los 24 meses de edad ambos tipos de alimentación no muestran diferencias en crecimiento. Por otro lado, después de los 12 meses de edad los AES muestran menor riesgo de sobrepeso u obesidad, lo que se puede explicar por el contenido de hormonas y factores de crecimiento de la leche materna, así como el consumo moderado de energía a partir de alimentos complementarios y de mayor proteína y micronutrientes de ésta. Así, las actuales referencias de crecimiento de la OMS incluyen diversidad de poblaciones que expresan el total de su potencial genético, desarrollados con una metodología rigurosa que minimiza sesgos. Estas referencias, que en realidad son condiciones estándares de crecimiento, muestran cómo deben crecer los niños alimentados como lo recomienda la OMS y también muestra claras ventajas del crecimiento en niños amamantados, en especial aquellos en condiciones socioeconómicas más adversas. El monitoreo del crecimiento es una práctica común alrededor del mundo. A nivel poblacional las mediciones antropométricas son utilizadas para identificar grupos con riesgos nutricionales, mientras que a nivel individual es posible evaluar el progreso del crecimiento del niño. De acuerdo con las últimas

recomendaciones de alimentación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la alimentación óptima del niño consiste en recibir lactancia materna por 6 meses como método exclusivo de alimentación y empezar a esta edad con alimentos complementarios densos en nutrientes, libres de contaminación biológica o toxicológica y aceptables culturalmente, además de continuar con el amamantamiento hasta los 2 años de edad o más si así lo desea la diada madre-hijo. Según la OMS los niños alimentados así tienen menor riesgo de morbilidad (en especial de enfermedades gastrointestinales y menor gravedad, sobre todo en gastroenteritis), menor mortalidad y mayor desarrollo cognoscitivo. Aunque estas ventajas se han documentado en poblaciones de escasos recursos los grupos socioeconómicos privilegiados también experimentan las ventajas de la alimentación descrita. Las referencias antropométricas recomendadas por la OMS hasta antes del año 2006 para evaluar el crecimiento de los niños menores de 5 años de edad eran las referencias internacionales de crecimiento del National Center for Health Statistics (NCHS/OMS). No obstante, estos patrones fueron desarrollados en una población alimentada sobre todo con fórmula (en combinación variable con alimentación al seno materno); estos niños eran más pesados que los niños alimentados de forma exclusiva al seno (AES). Por lo anterior, las referencias NCHS/OMS no reflejaban un patrón de crecimiento ideal, ni cumplían con las recomendaciones de alimentación más actuales de la OMS. Asimismo, las referencias NCHS/OMS se basaban en el estudio de una población bastante seleccionada que no representaba la mayoría de los niños en el mundo. La muestra para dichas referencias incluyó niños menores de 5 años de edad de hogares de nivel socioeconómico más bien alto y culturalmente homogéneo, de origen europeo, que vivían en una zona geográfica limitada de Ohio en Estados Unidos (EU), región cercana al Instituto de Investigaciones Fels. Además, no solo eran niños de poblaciones seleccionadas, sino que las técnicas metodológicas para el desarrollo estadístico de las referencias tenían limitaciones importantes, en especial por el uso de técnicas inadecuadas para ajustar las curvas de crecimiento. Por esta serie de limitaciones de la población estudiada y de las técnicas estadísticas para su desarrollo las referencias del NCHS/OMS no

representaban el crecimiento adecuado para ese grupo de edad. Estas inquietudes acerca de lo adecuado de las referencias NCHS/OMS se aunaban a la creciente documentación de las diferencias en el crecimiento de niños amamantados y los alimentados con fórmula. Se observó que el crecimiento de niños sanos de diversos países (Chile, Tailandia, Egipto, Hungría, Kenia) alimentados de forma exclusiva al seno hasta los 4 y 6 meses de edad (grupo de estudio que en su conjunto se llamó en la literatura internacional como “*the breast-fed set*”) se desviaba de manera negativa de las referencias NCHS/OMS y estos tenían un crecimiento similar entre ellos y similar también al crecimiento de niños con mejor estatus social y económico. Se documentó que la variabilidad en el crecimiento de los niños amamantados era menor a la de los niños alimentados con fórmula (NCHS/OMS). En los primeros 2 a 3 meses los niños amamantados crecen más rápido en peso y similar en longitud, y de modo subsecuente crecen más lento durante todo el resto del primer año. El peso tiende a ser superior en los niños alimentados con fórmula respecto a los AES, confirmado a través de mediciones de pliegues cutáneos, lo que revela mayor cantidad de depósitos de grasa, y la mayor diferencia en el crecimiento a favor de los niños alimentados con fórmula se observó entre los 11 y los 12 meses de la vida. Las diferencias fueron de 0.86 kg para niños y de 0.85 kg para niñas; y de 1.2 cm (ambos sexos). Lo más importante fue que el perímetro cefálico no fue diferente entre grupos; la longitud alcanzada a los 2 años de edad en niños alimentados al seno materno es similar a la de niños alimentados con fórmula.¹⁴ Otros estudios observacionales encuentran los mismos resultados, pero atenuados para longitud. Estas inquietudes llevaron a una serie de estudios longitudinales para seguir de cerca el crecimiento de grupos selectos de niños AES. La investigación inicial más Completa fue de siete estudios combinados (patrones similares de crecimiento) de niños AES por 4 meses, momento en el cual recibieron alimentación complementaria. Dewey y colaboradores estudiaron en Honduras crecimiento, el desarrollo cognoscitivo y la actividad de niños que recibían AES hasta los 6 meses *versus* aquellos niños alimentados al seno materno por 4 meses que iniciaron con la alimentación complementaria en ese punto. La pregunta en este estudio bien

realizado fue si había algún problema de salud o nutrición si los niños retrasaban la introducción de la alimentación complementaria hasta los 6 meses de edad en comparación con la inclusión de la alimentación complementaria 2 meses antes. Esta pregunta es importante porque la introducción de alimentos complementarios a la leche materna trae consigo una potencial exposición a patógenos a una edad vulnerable, y entre más se retrase la exposición a patógenos más se retrasan las infecciones. Los hallazgos del estudio de Dewey y colaboradores demostraron que no se compromete el estado de nutrición ni el desarrollo cognoscitivo por iniciar la alimentación complementaria hasta los 6 meses, y la recomendación de la OMS quedo, pues, en dar AES hasta los 6 meses de edad. Siguiendo con el análisis de la dieta del menor de 2 años de edad, un estudio de Staff y Nichols observo que si los lactantes entre los 4 y 6 meses de edad recibían alimentos además de la leche materna sustituían el consumo de energía en esos alimentos añadidos que desplazaban a la leche materna sin impacto en el crecimiento; hallazgos similares también fueron documentados en Brasil. Más allá de los 2 años de edad hay diferencias importantes en el crecimiento entre niños que recibieron AES y los que no, en especial en niños en condiciones ambientales desventajosas. Por otro lado, algunos estudios retrospectivos en poblaciones de Canadá (adolescentes) y Alemania (niños de 5 y 6 años de edad) reportan una menor incidencia de obesidad a estas edades entre quienes recibieron lactancia materna *versus* los alimentados con formula. Dadas las diferencias presentadas era insostenible continuar el uso de las referencias del NCHS/OMS. Tampoco se podía proponer como referencia este grupo de niños amamantados, dado que sus características eran particulares, en su mayoría niños de alto nivel socioeconómico y de ambientes privilegiados. Para contestar la pregunta de cómo crecen los niños que se alimentan como lo recomienda la OMS se implementó un estudio para comparar el crecimiento de estos dos grupos de niños, así como las prevalencias de mala nutrición entre ellos. En este estudio se incluyeron ciudades muy disímolas para maximizar la variabilidad genética. Participo Davis en EU, Muscat en Omán, Oslo en Noruega, Pelotas en Brasil y comunidades afluentes en Accra en Ghana y del sur de Delhi en India. La selección de las madres para este

estudio requería que fueran sanas y vivieran en ambientes que no restringieran su crecimiento (con acceso a servicios higiénicos, libres de tabaco). Estas madres siguieron las recomendaciones de la OMS en cuanto a la alimentación de sus hijos, es decir AES mínimo por 4 meses y hasta 6 meses, y les ofrecieron una oportuna y adecuada introducción de alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad. Se siguió el crecimiento de estos niños de forma longitudinal de 0 a 24 meses, y a este estudio multicentrico se le añadió una muestra transversal de niños entre 18 y 71 meses. Los resultados del estudio fueron extraordinarios: los niños menores de 5 años de edad, de diferentes razas y regiones en el mundo, tienen un crecimiento en talla de una similitud extraordinaria. Solo 3% de la variabilidad en el crecimiento de estos niños fue explicada por diferencias entre los países, y más de 70% por diferencias entre los niños dentro de cada país. En otras palabras, se encontraron mucho mayores diferencias en el crecimiento entre niños de un mismo país que entre países. Esta similitud en crecimiento significa ya sea que las razas tienen un origen común reciente o que hay una alta ventaja de selección al crecer de esta manera. El crecimiento en estos niños del estudio de la OMS, ahora conocido como OMS-2006 fue, al igual que en estudio pasados, más homogéneo. Esto significa que había menos valores extremos en su antropometría, lo que resulta en una mayor clasificación de desnutrición y obesidad cuando se usan estos estándares que cuando se usan las referencias del NCHS/OMS. Estas nuevas referencias OMS-2006 son en realidad patrones o estándares, ya que muestran como debe ser el crecimiento cuando se maximiza la salud y el desarrollo del niño y no solo se limitan a describir el crecimiento. En resumen, la forma óptima de alimentar al niño menor de 2 años de edad es con lactancia materna exclusiva por 6 meses y continuada hasta los 2 años de edad o más, si ambos madre e hijo así lo desean, acompañada por una introducción de alimentación complementaria densa en nutrientes apropiada para el desarrollo del niño, libre de contaminación y culturalmente aceptable a partir de los 6 meses. El crecimiento de los niños que son alimentados de esta forma es mejor y diferente a quienes reciben fórmula, como se documentó en el estudio de las referencias de la OMS-2006. Se deben usar estas referencias para no subestimar

los problemas de exceso de peso y desnutrición en las poblaciones de preescolares.

3.5. LACTANCIA MATERNA Y MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL NIÑO.

La OMS ha recomendado como alimentación preferente para los recién nacidos la lactancia exclusiva al pecho, no sólo porque favorece un buen crecimiento y desarrollo, sino por la protección que brinda contra las infecciones responsables de la diarrea. La lactancia al pecho protege contra la muerte, muy en especial a los niños prematuros o con bajo peso cuyas tasas de mortalidad son las más altas, y los niños a término también son protegidos ya que su mortalidad alcanza razón de momios hasta de 21% cuando son alimentados con fórmula. Lo anterior describe una alta protección a los alimentados al seno. La mayor protección que brinda la lactancia al pecho en países de medianos y bajos ingresos es al interferir con la contaminación del ambiente hacia el niño con lo cual el número y la gravedad de las infecciones disminuyen. La leche tiene componentes de inmunidad inmunológica y no inmunológica. Los componentes inmunológicos más importantes son los anticuerpos s-IgA que son secretados en la leche y tienen la capacidad de aglutinar o neutralizar las bacterias. Los no inmunológicos incluyen agentes bacteriostáticos como la lactoferrina y la lisozima, que además de cumplir funciones nutricias actúan como potentes bacteriostáticos. Otros componentes como oligosacáridos o algunos ácidos grasos libres o mono glicéridos, productos de la degradación de triglicéridos o péptidos que se producen por la degradación de la lactoferrina y algunas otras proteínas de la leche, tienen una variedad de funciones antibacterianas, antivirales o anti protozoarios. La lactancia materna tiene protección parcial para algunas infecciones como el VIH materno y citomegalovirus. La lactancia exclusiva al pecho es una excelente protección para los niños de países de medianos y bajos ingresos contra las infecciones que

producen diarrea o infección respiratoria y otras varias, por lo cual es necesario que las madres no dejen de dar esta alimentación a sus hijos al menos hasta los 6 meses de edad. Aparte del mecanismo protector de la lactancia humana antes mencionado, la leche humana contiene elementos de inmunología adquirida e inmunología innata; el principal ejemplo de los agentes de la inmunología adquirida es la s-IgA. Contiene además una gran cantidad de agentes multifuncionales que trabajan por diferentes mecanismos, los cuales además de su función nutrimental tienen algún efecto bacteriostático o bacteriolítico como la lactoferrina y la lisozima. Otros componentes como oligosacáridos o algunos ácidos grasos libres o mono glicéridos, productos de la degradación de triglicéridos o péptidos que se producen por la degradación de la lactoferrina y algunas otras proteínas de la leche, tienen una variedad de funciones antibacterianas, antivirales o anti protozoarios. La inmunoglobulina A (IgA) es una proteína de la familia de las inmunoglobulinas que forman anticuerpos en los linfocitos B (plasmocito) estimulados por la presentación de un antígeno microbiano por células M en las placas de Peyer. En el caso de la IgA la presentación ocurre en el intestino materno y el plasmocito se convierte en una célula comprometida para la formación de dímeros de IgA y una cadena J que une a los dos componentes del dímero. Este plasmocito emigra hacia otros tejidos que tienen componentes inmunitarios, entre ellos la glándula mamaria (*homing*) donde se establece. Ante un nuevo estímulo forma anticuerpos contra los microorganismos para los cuales fue sensibilizado. Estos anticuerpos son secretados en la leche por medio de un poli receptor que se encuentra en la membrana basal de la célula y los transporta hacia la leche donde se le agrega el componente soluble (s) y aparece en la leche como s-IgA. El tejido mamario protege con este componente a la s-IgA de ser digerida, de manera que llega hasta el intestino donde actúa al ligar al microorganismo específico para el que fue creado. Tales microorganismos se encuentran en el ambiente común de la madre y el hijo, por lo cual la madre comparte dicha flora bacteriana con su niño. Se ha demostrado protección de los anticuerpos s-IgA contra *Vibrio cholerae*, *Escherichia coli* enterotoxigenica, *Campylobacter*, *Shigella* y *Giardia lamblia*.

También se ha demostrado de forma epidemiológica protección contra infecciones del tracto urinario, otitis media aguda, infecciones respiratorias y enterocolitis necrosante. El intestino del niño en las primeras semanas de vida no se ha desarrollado y tardará alrededor de 30 días en producir suficiente s-IgA. Durante este lapso el calostro que contiene grandes cantidades de s-IgA y fagocitos (células con capacidad de fagocitar microorganismos o material extraño) ayudará a defenderlo de las infecciones en caso de que se presenten. A medida que la leche y el intestino del recién nacido maduran las concentraciones en la leche de s-IgA disminuyen (0.5 a 1 g/día) y la producción de s-IgA por el intestino del niño aumenta de manera proporcional. Esto se debe a que la leche ha producido una serie de sustancias que facilitan la maduración del intestino. La proliferación de las células plasmáticas (linfocitos B activados) y otras células intestinales requieren la colonización del intestino por bacterias anaeróbicas bifidobacterias y lactobacilos. Tales bacterias estimulan la fermentación de oligosacáridos no digeribles de la leche. Esta fermentación además de estimular la proliferación de células plasmáticas produce un ambiente ácido en el intestino que dificulta el crecimiento de bacterias patógenas. Este proceso de maduración toma algunas semanas, y mientras tanto el calostro y la leche temprana contienen una gran cantidad de células, entre ellas neutrófilos, linfocitos y sobre todo macrófagos. Los macrófagos son células capaces de fagocitar bacterias, virus y otros microorganismos, presentar antígenos a las células inmunocompetentes y secretar interleucinas como la interleucina 6. Estos mecanismos ayudan en especial en el primer mes de vida a proteger contra las infecciones, ya que estas células contribuyen junto con los anticuerpos s-IgA a aglutinar o neutralizar a los microorganismos. Los mecanismos específicos de los anticuerpos s-IgA incluyen la capacidad de la s-IgA de ser un potente aglutinador y neutralizador de las bacterias patógenas. Al unirse a las bacterias impiden su adherencia a la pared intestinal, así como la translocación de bacterias aeróbicas al tejido linfático intestinal y los ganglios linfáticos intestinales de los niños alimentados al pecho; esto no ocurre en los alimentados con fórmula.⁹ A pesar de que se encuentran anticuerpos IgG e IgM en la leche su capacidad de respuesta parece menor. Además de los agentes del

sistema inmunológico adquirido de la leche humana, esta contiene algunas proteínas como la lactoferrina y la lisozima, que además de su papel nutricional tienen capacidad bacteriostática o bacteriolítica. Se ha probado que exhiben una actividad antiviral hacia citomegalovirus, herpes simple, inmunodeficiencia humana, hepatitis C, rotavirus, polio virus, virus sincicial respiratorio, virus de la hepatitis B, para influenza, alfa virus, hantavirus, virus del papiloma humano, calicivirus felino, adenovirus, enterovirus 71, ecovirus, virus de la influenza A y virus de la encefalitis japonesa. Los efectos antivirales de la lactoferrina se dan en la fase temprana de la infección y previenen la entrada a las células del huésped al bloquear los receptores celulares o por unión directa a las partículas virales. La leche contiene entre 50 y 70 g/L de lactosa y una gran cantidad de oligosacáridos (5 a 8 g/L); estos ocupan el tercer lugar de los componentes de la leche, y son carbohidratos complejos que están unidos a un conjunto de lactosas en la terminal reducida de la molécula. También contienen glucoconjugados que se forman por carbohidratos complejos unidos en su terminal reducida a lípidos para formar glucolípidos u otras macromoléculas al formar glicopeptidos, glicoproteínas, glicosaminoglicanos o mucinas. Estos últimos son conocidos como glicanos; la mayor parte está fucosilada y están formados por glucosa, galactosa y n-acetilglucosamina. Actúan como prebióticos, ya que estimulan la colonización por bifidobacterias y otros lactobacilos. Debido a que su estructura es parecida a los glicanos de la membrana celular de las mucosas que sirven como receptores para los microorganismos, los glicanos de la leche al unirse a la célula infectante impiden su interacción con la mucosa y su colonización; muchos de los patógenos son eliminados de la luz intestinal. Esta protección se ha probado para bacterias como *E. coli*, *Campylobacter jejuni* y *S. pneumoniae* y las enterotoxinas causantes de la diarrea.¹³ La lactadherina es una glicoproteína asociada con la mucina que protege contra los rotavirus, además de algunos norovirus relacionados con la diarrea. La supervivencia de estos glicanos depende de que no sean digeribles y sobrevivan todo el tracto digestivo de tal manera que protegen al niño durante todo su tránsito por el tubo digestivo. Algunos ácidos grasos libres o mono glicéridos, producto de la degradación parcial

de los triglicéridos, tienen efectos antivirales y algunos contra los hongos. Desde que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue descubierto hace 30 años se ha detectado que el niño puede contagiarse de la madre a través del útero, el parto o durante la lactancia. Durante la lactancia la presencia de partículas virales libres o asociadas con células son los agentes que pueden infectar al niño. Los mecanismos de defensa de la leche y la mucosa gastrointestinal del pequeño disminuyen la posibilidad de transmisión madre-hijo. Sin embargo en 40% de los casos de hijos de madres con VIH el virus es transmitido a través de la leche. Un tratamiento antirretroviral efectivo disminuye la cuenta de partículas virales en la leche y con ello reduce la posibilidad de transmisión, pero en el mejor de los casos solo a 2%. Debido a esta realidad la OMS y la UNICEF han elaborado un manual para que los responsables de aconsejar a las madres que sufren enfermedad de VIH para alimentar a sus hijos puedan valorar el riesgo de morir por enfermedades infecciosas sin la protección de la leche o sufrir la transmisión madre-hijo de VIH.¹⁵ Lo recomendado es que cuando sea posible se sustituya la lactancia materna por otro método de alimentación. La infección por citomegalovirus sigue mecanismos similares de transmisión que el VIH; las madres infectadas transmiten el virus también a través de la leche. Hay que cuidar a los hijos de madres que sufren la infección o hacer una búsqueda en los que pesan menos de 1 000 g.

3.6. LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO COGNITIVO DEL NIÑO.

Estudios recientes muestran que la lactancia materna tiene efectos a largo plazo sobre el coeficiente intelectual y el desarrollo cognoscitivo (cognitivo). Estos beneficios podrían estar ligados a la alta cantidad de ácidos grasos de cadena larga en la leche materna, como los ácidos araquidónico y docosahexaenoico, los cuales han mostrado tener un efecto positivo sobre el desarrollo cerebral, en

especial durante la infancia. Sin embargo otros mecanismos también pueden estar involucrados, pues muchas de las propiedades biológicas de la leche materna aún se están identificando. Así, se puede ver que, por ejemplo, en un ensayo clínico en Bielorrusia el coeficiente intelectual (CI) de niños de 6.5 años de edad fue en promedio 7.5 puntos porcentuales mayores en aquellos cuyas madres recibieron una intervención de promoción de lactancia materna. Asimismo, en otro ensayo clínico en el Reino Unido la media de CI fue mayor en niños que recibieron leche materna comparado con quienes recibieron fórmula.⁴ Estudios observacionales en adultos de países de altos ingresos han mostrado resultados similares. Dos estudios de cohortes en Dinamarca⁵ e Inglaterra⁶ mostraron que en personas de 27 y 53 años de edad, respectivamente, el tiempo de lactancia materna estuvo asociado de manera positiva con un mejor rendimiento en diferentes pruebas de inteligencia. En una revisión sistemática y meta análisis reciente, que evalúa el efecto de la lactancia materna sobre el desarrollo cognoscitivo, se encontró que existían en la literatura 17 estudios que evaluaron esta relación (18 estimaciones de asociación), todos con un efecto positivo de la lactancia materna sobre el CI, sin embargo cinco tenían estimaciones con intervalos de confianza que incluían el valor nulo, es decir, sin significancia estadística. Aun así la estimación global muestra que en promedio la lactancia materna incrementa el CI [diferencia de medias: 3.44 puntos (intervalo de confianza de 95%:2.30; 4.58)]. Existen estudios que sugieren que el CI de la madre puede ser un importante factor de confusión en la relación entre lactancia materna y desarrollo cognoscitivo, sin embargo en este meta análisis los estudios que controlaron por el efecto del CI de las madres mostraron una menor asociación, aunque esta aun fue significativa, entre la lactancia y el CI de sus hijos [diferencia de medias: 2.62 puntos (intervalo de confianza a 95%:1.25; 3.98)].¹ También es importante resaltar que las madres que dan de lactar a sus hijos son más propensas a dar una mayor estimulación cognoscitiva a los mismos;⁷ así, existen autores que sugieren que la lactancia podría ser un marcador de prácticas maternas que promueven un mejor desarrollo infantil, por lo que el efecto positivo de la lactancia sobre el desarrollo cognoscitivo podría deberse a factores del ambiente familiar y no a la leche materna *per se*. En

el meta análisis realizado por Horta y colaboradores¹ fueron excluidos todos los estudios que no ajustaron por variables de estimulación familiar, lo que redujo la posibilidad de que las asociaciones encontradas sean producto de la estimulación recibida en casa y no de la lactancia materna. Se debe mencionar también que existen críticas sobre la veracidad de los resultados de estudios observacionales que evalúan la asociación entre lactancia materna y desarrollo cognoscitivo llevados a cabo en países de altos ingresos debido a que en estos existe un claro patrón social para el inicio y la duración de la lactancia materna. En estos países el nivel socioeconómico está relacionado de manera positiva con una mayor duración de la lactancia⁸ y un mayor desarrollo cognoscitivo. Por tanto, es de vital importancia la comparación entre estudios observacionales con diferentes patrones de confusión para mejorar la inferencia causal. Así, Brion y colaboradores⁸ encontraron que la lactancia materna estaba asociada con un mayor CI en las cohortes de nacimiento de Pelotas de 1993 (Brasil) y ALSPAC (Reino Unido). Si bien la lactancia materna estaba vinculada con un mayor nivel socioeconómico en ALSPAC, en Pelotas este no era el caso, por tanto es poco probable que la asociación encontrada en Brasil se deba a confusión residual. Por otro lado, es debatible si esta pequeña ganancia en el CI tiene efectivamente un impacto sobre la vida real, por ejemplo la escolaridad. Estudios en Inglaterra y Nueva Zelanda muestran que la lactancia materna puede tener un efecto positivo sobre la escolaridad, e incrementa las probabilidades de subir de posición social durante el transcurso de la vida, sin embargo en un meta análisis de cinco países de medianos y bajos ingresos los resultados fueron inconsistentes. Victoria y colaboradores evaluaron la asociación entre la duración de la lactancia materna y el CI de individuos de 30 años de edad con la cohorte de nacidos vivos en Pelotas (Brasil) en 1982 sin una estructura social de lactancia materna, seguidos de forma prospectiva desde el nacimiento. Además, analizaron si la lactancia materna tenía algún efecto sobre la escolaridad y los ingresos mensuales a esa misma edad, así como el efecto mediador del CI en esta relación. En este estudio se encontró que los individuos que recibieron lactancia materna por más de 12 meses, comparado con los que la recibieron por menos de 1 mes, tenían en promedio 3.8 puntos más

de CI, 0.9 años más de escolaridad y ganaban en media 341 reales más (1 dólar = 0.49 real en 2012); resultados similares fueron encontrados en individuos que lactaron entre 6 y 12 meses. Asimismo al analizar el efecto mediador del CI en la relación entre lactancia materna e ingresos mensuales se notó que el CI mediaba 72% de esta relación. En conclusión, la lactancia materna está relacionada con un mayor CI. Si bien esta asociación puede estar confundida por factores socioeconómicos y el CI materno, esta está presente también en poblaciones donde no existe una estructura social de lactancia materna, y el más reciente meta análisis sobre el tema muestra que de forma global, aun en estudios que toman en cuenta el efecto confusor del CI materno, la asociación entre lactancia materna y el CI de sus hijos se mantiene. Lo anterior sugiere que esta relación tal vez sea causal y puede tener efectos a largo plazo en la vida real de las personas al incrementar sus ingresos económicos en la vida adulta.

3.7. LACTANCIA MATERNA Y ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL NIÑO.

En los últimos 35 años estudios experimentales y epidemiológicos han mostrado el Papel potencial que la lactancia materna tiene como factor protector sobre el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes). Aunque el panorama es alentador se requiere mayor investigación debido a que la evidencia generada hasta el momento aún es escasa y controvertida. A continuación se describe la situación que existe respecto a la relación entre lactancia materna y enfermedades crónicas a corto, mediano y largo plazos, y los potenciales mecanismos biológicos que sustentan estas relaciones. Con respecto a la relación entre lactancia materna y la presión arterial, esta ha sido menos estudiada. En una revisión sistemática de estudios realizados en niños y población adulta, Owen y colaboradores¹⁵ encontraron un efecto modesto de la lactancia materna en la reducción de la presión arterial. Asimismo, Martin y colaboradores identificaron una pequeña reducción en la presión

diastólica que se asoció con alimentación al seno materno (con diferencias de -0.5 mm Hg, IC 95%: -0.9 , -0.04), efecto que fue independiente del tamaño del estudio, por lo que se concluyó que la lactancia materna podía conferir beneficios para la presión arterial en etapas posteriores de la vida. No obstante, es importante considerar que los hallazgos derivados de estos meta análisis puedan deberse al sesgo de publicación, y en ellos tampoco se puede excluir la confusión residual. Además, la mayoría de los estudios que analizan esta relación han sido realizados en población de países de altos ingresos. En conclusión, se observa una asociación entre LM y una menor presión arterial (diastólica y sistólica), sin embargo no existe mucha evidencia y se requiere mayor investigación en esta área debido a que hasta el momento los estudios existentes no son concluyentes.

3.8. LACTANCIA MATERNA Y COLESTEROL.

Fall y colaboradores encontraron una asociación positiva entre la alimentación con fórmula láctea infantil y las posteriores alteraciones en el perfil de lípidos en la edad adulta de forma comparativa con los individuos que fueron alimentados al seno materno. De igual manera, los hallazgos del meta análisis de Horta y colaboradores sugieren una asociación entre la LM y la variabilidad del colesterol total según la edad. Se encontró que la media de colesterol sérico entre los adultos que recibieron LM fue (6.9 mg/dL; $P < 0.05$) menor que la de los adultos que fueron alimentados con fórmula, y en niños y adolescentes no se identificaron efectos significativos, lo que alude a que en este estudio no hubo sesgo de publicación. Cabe destacar que la mayoría de las relaciones se documentaron en cohortes no contemporáneas; no obstante, en fechas más recientes se encontraron estudios realizados en cohortes contemporáneas de países de medianos y bajos ingresos, como Chile, en el que no se halló relación entre la LM y el perfil de lípidos en la niñez; en contraparte, en México se identificó que los niños que no recibieron LM tuvieron concentraciones mayores de colesterol total a los 4 años de edad (8.02 mg/dL; IC 95%: 1.39 - 14.64) en comparación con los niños que recibieron LM exclusiva o predominante. En conclusión, hasta el

momento se ha identificado una asociación entre la LM y una menor concentración sérica de colesterol total, documentada sobre todo en adultos, ya que la evidencia en niños es más escasa. Se necesita mayor investigación respecto a esta relación

Mecanismos biológicos potenciales que explican el beneficio de la lactancia materna en la prevención de enfermedades crónicas Estudios epidemiológicos han documentado asociaciones entre la LM y un menor riesgo de obesidad y alteraciones metabólicas; los potenciales mecanismos biológicos que explican las asociaciones se describen a continuación.

Regulación de apetito y saciedad a través de adipocinas (leptina y adiponectina) en la leche materna A través de las concentraciones de leptina el tejido adiposo controla la maduración del centro hipotalámico en la etapa posnatal, lo cual puede tener efectos en los Mecanismos de programación para obesidad. La adiponectina mejora la sensibilidad a la insulina, y junto con la leptina está relacionada con el aumento en el metabolismo de los ácidos grasos; ambas están implicadas en la regulación del apetito del lactante a corto y largo plazos, lo que afecta el balance energético y la regulación del peso corporal. Se ha documentado que los niños alimentados al seno tienen una respuesta mayor a las señales de saciedad internas, en comparación con los alimentados con fórmula.

La autorregulación de la cantidad de energía ingerida en los lactantes.

Los niños que son alimentados al seno materno tienen una mayor oportunidad de autorregular la cantidad de energía que consumen en comparación con los niños alimentados con fórmula. En estos últimos los cuidadores pueden ejercer presión para la ingestión total de una cierta cantidad de fórmula, y por otro lado la práctica de la LM está asociada con un menor control parental sobre la alimentación el cual se asocia con mayores respuestas de los niños a la saciedad (menor consumo de energía) y disminución de la adiposidad. En el estudio DARLING se encontró que el total de energía ingerida por lactantes alimentados con fórmula excedió a la ingerida por niños alimentados al seno materno en 15% a los 3 meses, 23% a los

6 meses, 20% a los 9 meses y 18% a los 12 meses. Más aun, estas diferencias sobre el total de energía ingerida persistieron después de la introducción de otros alimentos.

Reforzamiento de la autorregulación en conductas alimentarias cuando se consumen alimentos sólidos.

Los niños amamantados aprenden a autorregular su ingestión de energía según sus señales internas de apetito y saciedad, aprendizaje que sirve de base como reforzamiento para autorregular su conducta alimentaria cuando inician el consumo de alimentos sólidos en la etapa de alimentación complementaria. Por el contrario, la alimentación con fórmula permite una mayor manipulación del consumo del niño por parte de los cuidadores y contribuye a que se anime al niño para que se termine la totalidad del alimento servido.²⁶ En contraparte, se ha identificado que las madres que brindan alimentación al pecho materno durante el primer año ejercen menos presión sobre el control de la alimentación de los niños cuando consumen alimentos sólidos, lo que sugiere que las madres que amamantan desarrollan un estilo de alimentación de más bajo control en comparación con las que brindan fórmula.

Menor ingestión de proteína en niños amamantados

Otro posible mecanismo mediante el cual la LM podría proteger contra el desarrollo de obesidad es a través de una menor ganancia de peso en la infancia mediante la reducción del consumo de proteína.²⁸ Se ha demostrado que un consumo de proteínas por encima de los requerimientos metabólicos (provista por alimentación con fórmula infantil) induce al aumento de la secreción de insulina y el factor de crecimiento de insulina (IGF1), lo que provoca mayor crecimiento así como actividad adipogénica aumentada durante los primeros 2 años de vida

Exposición temprana al colesterol de la leche materna

La leche materna es rica en colesterol, y de manera comparativa la fórmula infantil

no lo contiene. Así que la ingestión alta en colesterol durante la infancia podría programar la regulación futura sobre la síntesis de colesterol.³⁰

Reducción de la ingesta de sodio

La leche materna es baja en sodio, en comparación con la leche de fórmula la cual lo contiene en mayor cantidad. La evidencia sugiere que al igual que con el colesterol existe un potencial mecanismo de programación sobre la regulación futura de la síntesis de sodio del individuo, aunque se requiere mayor estudio al respecto.

Incremento en la ingesta de ácidos grasos poliinsaturados

La leche materna es rica en ácidos grasos poliinsaturados (AGP), estos son componentes estructurales importantes de las membranas de los tejidos, incluidas las del endotelio vascular. Se ha documentado que la suplementación dietética con AGP disminuye la presión arterial en sujetos con hipertensión.

4. LACTANCIA MATERNA Y SUS BENEFICIOS EN LA MADRE.

Existen muchos beneficios de dar amamantar, las mamás que dan el pecho a sus bebés pierden peso mucho más rápido, reducen las posibilidades de sufrir depresión posparto y se encuentran mucho más protegidas ante el riesgo de sufrir anemia. Por esta y otras razones, practicar la lactancia materna puede traer grandes ventajas para la salud e impactar positivamente, no sólo al bebé que amamanta, sino también a la mamá. Veamos nuevas razones para amamantar a tu bebé y todos los beneficios de la lactancia materna para la madre.

1. Contribuye a una pronta recuperación posparto

Los primeros días después de postparto pueden ser muy molestos e incómodos, pero si decides amamantar podrás incrementar tus niveles de oxitocina, una

hormona muy importante que te ayuda a retornar el útero a su tamaño natural más rápido y a reducir por lo tanto, la cantidad de sangrado que se experimenta en el postparto.

2. Ayuda a perder peso de forma natural

Bajar de peso y recuperar la figura es uno de los objetivos más importantes para la mayoría de las mujeres, y uno de los beneficios de la lactancia materna para la madre es precisamente la facilidad y rapidez para perder peso. Con la ayuda de una alimentación balanceada y la práctica de ejercicio, amamantar te puede ayudar a eliminar el aumento de peso retenido.

3. Disminuye el riesgo de osteoporosis

Dar de pecho también ayuda a la re mineralización ósea, es decir a traer de regreso aquellos minerales que durante el embarazo fueron destinados especialmente para el desarrollo del bebé.

4. Supone un ahorro de tiempo y dinero

La leche materna es gratis y el precio de la de fórmula de bebé es bastante alto, así que el ahorro es considerable. Además, está siempre lista y disponible. No requiere preparación ni recipientes especiales, está a la temperatura ideal y el bebé decide la cantidad que necesita.

5. Favorece el descanso.

Las tomas nocturnas son más fáciles ya que la hormona prolactina, que estimula la producción de leche, tiene un efecto relajante en madre y bebé.

6. Favorece el contacto físico entre madre y bebé.

La oxitocina también se relaciona con el surgimiento de sentimientos positivos, como amor, apego y felicidad. Niveles elevados de esta hormona durante la lactancia materna hacen a la mamá menos propensa a padecer depresión postparto, y de paso ayuda a establecer el apego materno con el bebé.

4.1. LACTANCIA MATERNA, RETENCIÓN DE PESO POSPARTO Y RIESGO DE OBESIDAD MATERNA EN ETAPAS POSTERIORES.

En teoría todos los cambios fisiológicos y de composición corporal que ocurren durante el embarazo son revertidos durante la lactancia. Un porcentaje considerable de mujeres no pierde en el posparto el peso ganado durante el embarazo. Aún existe controversia sobre el efecto de la lactancia materna en la retención y el cambio de peso en el posparto. La falta de consistencia en la evidencia puede deberse a que existen muchos determinantes en el peso en el posparto y la metodología empleada para su estudio. Evidencia reciente apunta a que el efecto de la lactancia materna en la retención de peso pudiera estar relacionado con la duración y la intensidad de la misma o puede estar restringida a subgrupos de mujeres. A pesar de la falta de evidencia contundente sobre el efecto de la lactancia materna en la prevención de obesidad en las mujeres ésta debe ser promovida, apoyada y protegida por todos los beneficios ya conocidos tanto para la madre como para el hijo. Durante el embarazo y el periodo posparto ocurren una serie de cambios metabólicos que favorecen la ganancia de peso y modificaciones en la composición corporal. La retención de peso en el posparto (RPP) contribuye a un mayor riesgo de obesidad en etapas posteriores.^{3,5,6} Este es un tema relevante en términos de salud pública en México, dado que para el 2012 más de siete de cada diez mujeres mexicanas tuvieron sobrepeso u obesidad, al mismo tiempo que las enfermedades crónicas (asociadas con sobrepeso y obesidad) ocuparon las principales causas de muerte. Aunque aún controversial, evidencia reciente señala que la lactancia materna (LM) puede favorecer la pérdida de peso durante el periodo posparto. El presente tema describe la plausibilidad biológica de la lactancia materna como un determinante de la pérdida de peso en el posparto, y la evidencia que existe en la actualidad sobre el efecto de la lactancia materna en la RPP en mujeres.

Cambio de peso durante el embarazo y la lactancia

La ganancia de peso durante el embarazo incluye la ganancia del producto y la ganancia correspondiente al tejido materno, en especial a reservas de grasas en preparación para la lactancia materna. La ganancia de masa grasa gestacional tiene una relación positiva con la ganancia de peso total y una relación negativa con el IMC antes del embarazo, sin tener una asociación con el peso al nacer del bebé. La masa grasa se deposita de manera preferente de forma subcutánea en el área central del cuerpo, aunque un porcentaje importante es también grasa intraabdominal. Modelos animales indican que la grasa acumulada durante el embarazo es movilizada durante la lactancia; se asume que en mujeres la grasa acumulada durante el embarazo será utilizada para soportar las necesidades energéticas de la lactancia. La LM podría promover la pérdida de peso durante el posparto sobre todo debido al gasto energético necesario para la producción de leche o, bien, a través de cambios en el metabolismo que promueven la pérdida de peso. A la fecha se desconocen los mecanismos por los cuales se regula el consumo y el gasto energético durante la lactancia. Algunos estudios sugieren que en ambientes donde hay disponibilidad de alimentos las mujeres compensan el incremento en las necesidades energéticas durante la lactancia ante todo a través de un aumento en el consumo, y en menor medida por una disminución en el gasto de energía (menor actividad física), más que por la movilización de masa grasa. Lo anterior podría explicar que un porcentaje considerable de mujeres no pierdan el peso ganado durante el posparto.

Retención y cambio de peso en el posparto

En promedio se estima que en países de altos ingresos la retención de peso en el posparto es entre 0.5 y 3.0 kg, con un porcentaje considerable de mujeres (entre 14 y 20%) con retención de peso de más de 5 kg a los 6 a 18 meses posparto. En países de medianos y bajos ingresos la información de retención de peso en el posparto es más limitada. En América Latina estudios en Guatemala, Brasil y México indican que el rango de retención de peso en el posparto es entre 1.5 y 3.1 kg entre los 6 y 12 meses posparto, con más de 25% de mujeres que retienen más de 4 kg (Guatemala y México), y 19% más de 7.5 kg (Brasil). En Dinamarca la

retención de peso a los 6 y 18 meses posparto ($n = 23\ 710$) está asociada con un mayor peso a los 728 y 15 años⁶ después de un evento reproductivo. Kierkegaard y colaboradores²⁸ reportan que por cada kilogramo de peso retenido a los 6 meses posparto hubo un aumento de 0.48 kg 7 años después del parto (se consideró el peso antes del embarazo y la ganancia de peso durante el mismo). En Suecia resultados en la misma dirección fueron reportados por Amorin y colaboradores⁶ ($n = 483$), donde hubo un aumento de peso en todas las mujeres durante los 15 años de seguimiento (7.6 • } 7.5 kg). Sin embargo, al explorar el cambio de peso entre aquellas que para los 6 meses habían regresado a su peso pre gestacional (definido por los autores: entre -0.5 y 0.5 kg de su peso antes del embarazo) y aquellas que tuvieron un mayor peso (> 0.5 kg de peso pre gestacional), se observó una ganancia a los 15 años siguientes de 6.3 • } 6.6 kg de las primeras contra 9.1 • } 7.8 kg de las segundas ($p < 0.001$).

Factores relacionados con el cambio de peso pre y posnatales

De acuerdo con Siega-Riz y colaboradores la tasa con la que se pierde el peso y la grasa acumulados durante el embarazo varía en gran medida entre las mujeres. En teoría la mayor parte del peso acumulado durante el embarazo se pierde en las primeras 6 semanas posparto.³⁰ Sin embargo existen factores prenatales (estado de nutrición del embarazo), gestacionales (duración y ganancia de peso del embarazo), posnatales (LM, psicológicos), sociodemográficos y de estilo de vida (alimentación, actividad física, tabaquismo, etc.) que influyen en el cambio de peso durante el posparto (Figura 3.1), con la ganancia de peso como uno de los determinantes más importantes de la retención de peso en el posparto. Otros factores como el estado de nutrición pregestacional y la LM presentan evidencia menos consistente sobre su efecto.

Lactancia materna en la retención de peso en el posparto y riesgo de obesidad

En los estudios existentes que exploran la relación de LM y RPP hay una variedad de periodos en los que se evalúa la retención de peso (3, 6, 12 y 18 meses posparto), así como diferentes indicadores de lactancia (duración e intensidad;

lactancia materna exclusiva vs. otro tipo de lactancia; lactancia vs. no lactancia) y formas de medirlo (número de tetadas en 1 día, reporte de la madre del tipo de lactancia). Por otro lado, hay muchos otros factores que pueden estar confundiendo la asociación. Es posible que la práctica de LM sea un indicador de otros factores, es decir, mujeres que deciden lactar pueden tener mayor escolaridad o nivel socioeconómico y comportamientos más saludables, asociados también con un mejor peso.³⁹ Otro aspecto importante a considerar es la causalidad reversa. Existe amplia evidencia de que las mujeres que inician el embarazo con sobrepeso y obesidad tienen prácticas de lactancia inadecuadas con mayores dificultades para iniciar la lactancia (menor secreción de prolactina a la succión del bebe) y una menor duración de la misma. Por lo tanto, una LM adecuada se relaciona con un menor peso pre gestacional y mejores perfiles bioquímicos. Un estudio de mujeres mexicanas (adolescentes y adultas) que lactaron de forma exclusiva ($n = 42$) mostro que la retención de peso a los 3 meses posparto fue de 3.8 kg, sin existir una asociación entre lactancia materna exclusiva (LME) y porcentaje de grasa corporal.⁴⁵ Resultados en la misma dirección fueron reportados por He y colaboradores⁴⁶ en un estudio multicentrico (Brasil, India, Noruega, Estados Unidos, Ghana y Omán) donde la LM no se asoció con la pérdida de peso a los 24 meses posparto. En fechas recientes López-Olmedo y colaboradores reportaron, en mujeres mexicanas, que la lactancia materna exclusiva se asoció con una mayor pérdida de peso a los 3 meses posparto. Aquellas mujeres que lactaron de forma exclusiva durante los primeros 3 meses perdieron 4.1 ± 1.9 kg más que aquellas que no lactaron ($P = 0.04$).⁴⁷ Por otro lado, en Suecia, en 483 casos se reporta que la intensidad y frecuencia de LM se vinculó con menor peso corporal durante todo el seguimiento (a los 6 meses y 1 y 15 años posparto). De igual forma, resultados de una cohorte en Dinamarca¹³ indican que la LM (medida como un índice que considera duración e intensidad) disminuye entre 0.06 y 0.09 kg por semana de LME y 0.01 a 0.04 kg por semana de LM parcial a los 6 y 18 meses posparto. Otro estudio, también en Dinamarca,⁴⁸ reporto que la tasa de iniciación de LM fue mayor en aquellas mujeres que tuvieron una RPP (< 5 kg) a los 6 meses. Lactancia materna

en México A más largo plazo, Brand Hagen y colaboradores reportan en una cohorte de mujeres noruegas que por cada mes adicional de LME y parcialmente exclusiva se redujo la RPP a los 6 meses (-0.5 kg por mes), a los 18 meses (-0.10 kg por mes) y a los 36 meses (-0.14 kg por mes) después de considerar posibles confusores como edad, paridad, IMC antes del embarazo y ganancia de peso gestacional. Por otro lado, seguimientos de más larga duración señalan que cada 10 semanas de aumento en la duración de la lactancia corresponden a una disminución en el peso de 0.1 kg ($P < 0.05$) 7 años después del último embarazo, con la mayor parte del efecto (73%) mediado por la LM en la retención de peso en el posparto a los 6 meses. En fecha reciente Neville y colaboradores¹⁰ realizaron una revisión sistemática sobre el efecto de la LM en la RPP. Se documentó de manera consistente que en aquellos estudios en que las mujeres amamantaron por periodos más prolongados y con mayor intensidad (LME o parcialmente exclusiva), estas perdieron peso más rápido entre los 3 y 6 meses y tuvieron una RPP menor a los 12 meses, comparado con aquellas mujeres que amamantaron por menos tiempo o no lactaron. Resultados en la misma dirección son reportados por Krause y colaboradores, en un estudio longitudinal realizado en Carolina del Norte, donde los autores no encontraron diferencia en el peso a los 3 meses posparto, pero hubo una diferencia significativa a los 6 meses posparto, en el que reportaron que las mujeres con LME a los 6 meses pesaron 1.38 kg menos (intervalo de confianza de 95% 0.9 a 1.9 kg) que aquellas que dieron fórmula.⁵⁰ Estos resultados son consistentes con lo reportado por Dujmovic y colaboradores,⁵¹ quienes compararon el peso en diferentes etapas en el posparto (1, 3 y 6 meses) en mujeres lactantes y no lactantes de Croacia. Los autores señalan que las mujeres lactantes perdieron menos peso durante los primeros 3 meses posparto comparado con las mujeres no lactantes. Sin embargo a los 6 meses posparto las mujeres lactantes retuvieron 1.3 kg de peso comparado con 4.1 kg de peso retenido en mujeres no lactantes ($P = 0.001$). En cuanto al efecto de la duración de la lactancia, sin considerar la intensidad, Martin y colaboradores realizaron un estudio longitudinal en mujeres embarazadas. Los autores concluyeron que más que el tipo de lactancia (exclusiva vs. otro tipo) la duración

de la misma predijo mejor la pérdida de peso a los 12 meses, ya que cada semana adicional de cualquier tipo de lactancia fue asociada con una disminución de peso de 0.04 kg.⁵² Una posible explicación del efecto de la duración de la lactancia es que las primeras 6 semanas después del parto representan una pérdida natural de peso (líquidos retenidos y otros productos del embarazo), por lo que el cambio de peso después de los 2 meses posparto representa más el cambio en la masa grasa que fue acumulada durante el embarazo.^{31,53} Por último, Kac y colaboradores²⁶ reportaron que la duración de la lactancia no tuvo ningún efecto en la retención de peso a los 9 meses posparto en aquellas mujeres con un porcentaje de grasa mayor o igual a 30% (mujeres con obesidad). Sin embargo, en aquellas mujeres con un porcentaje de grasa menor (menos de 30%) la LM resultó en una menor retención de peso en el posparto. La etapa del embarazo al igual que el posparto son un periodo crítico para el cambio de peso y el riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad en las mujeres. Existe aún dificultad para poder afirmar que la LM tiene un efecto en RPP. Evidencia reciente apunta a que el efecto de la lactancia en la prevención del sobrepeso y la obesidad en mujeres sea a través de una LM de mayor intensidad y duración. Se requieren más estudios con un diseño y metodología que permitan explorar la intensidad y la duración óptimas de la LM para ver sus beneficios en términos de disminución de RPP. A pesar de que aún no exista evidencia contundente sobre el efecto de la LM en la prevención de la obesidad en las mujeres, la LM debe ser promovida, apoyada y protegida por todos los beneficios ya conocidos tanto para la madre como para el niño.

4.2 LACTANCIA MATERNA Y CÁNCER DE MAMA Y OVARIO.

Existe evidencia fuerte y convincente de que la lactancia materna (LM) reduce el riesgo de cáncer de mama (CM) y ovario (CO) en la mujer. El efecto protector para CM es más fuerte cuando la LM es mayor a 12 meses y para CO la protección es mayor e independiente de la paridad. Existen datos relevantes ante el incremento de morbilidad y mortalidad por estas causas en mujeres del mundo y de México.

Por otra parte, las prevalencias de LM han disminuido de forma importante. El proceso biológico por el cual se reduce el riesgo de CM puede deberse a la mayor diferenciación de las células de la mama, menor secreción de estrógeno y mayor excreción de sustancias carcinógenas durante la lactancia. Con respecto al CO, se presume la supresión de ovulación, lo que reduce la exposición a niveles elevados de gonadotropinas, en particular la hormona luteinizante. La carga económica y de salud en los servicios de salud relacionada con CM y CO podría verse reducida con el incremento de las prácticas de LM. La lactancia materna (LM) reduce el riesgo de cáncer en la mujer.¹ Hay evidencia fuerte y convincente sobre la asociación que existe entre amamantar y la disminución del riesgo tanto de cáncer de mama (CM)² como de cáncer de ovario (CO).³⁻⁵ En 2002 el Collaborative Group on Hormonal Factor in Breast Cancer analizó los datos individuales de 47 estudios epidemiológicos de 30 países y mostró una reducción del riesgo de CM de 4.3% (RR = 0.96, IC 95%, 0.94-0.97) en las mujeres que lactaron de manera acumulada durante al menos 12 meses a lo largo de su vida en comparación con aquellas que tuvieron hijos y no lactaron.² En un meta análisis reciente, que incluyó 32 estudios de casos y controles, se reportó también un efecto protector (RM = 0.86, IC 95%, 0.84-0.89) en el riesgo de desarrollar CM, con la relación más fuerte si la duración acumulada de lactancia era ≥ 12 meses (RM = 0.72, IC 95%, 0.58-0.89).⁶ Lactancia materna en México Para CO se ha reportado que el efecto de reducción del riesgo es aún mayor. Un análisis que integro los resultados de 40 estudios mostró una reducción del riesgo de 30% cuando se comparó a las mujeres que lactaron con las que no lo hicieron (RR = 0.70, IC 95%, 0.64-0.76). El efecto fue similar cuando el análisis se restringió solo a mujeres que tuvieron hijos (RR = 0.76, IC 95%, 0.69-0.83), eliminando así el efecto protector de la paridad. De manera similar a lo reportado para CM, el porcentaje de reducción del riesgo se incrementó con el número de meses de LM, el cual fue de 15% cuando la duración acumulada de LM fue < 6 meses (RR = 0.85, IC 95%, 0.77-0.93), 27% cuando fue de 6 a 12 meses (RR = 0.73, IC 95%, 0.65-0.82) y 36% cuando la duración de LM superó los 12 meses (RR = 0.64, IC 95%, 0.56-0.73).⁴ En el mundo el CM es el más frecuente en las mujeres y se ha incrementado tanto en

países de altos ingresos como en países de medianos y bajos ingresos. El CO es el sexto cáncer más frecuente y la séptima causa de muerte por tumores malignos entre las mujeres; su pronóstico es malo con una tasa de supervivencia a 5 años de cuando mucho 45%.⁷ En México, desde el 2006, el CM es el principal tipo de cáncer en mujeres mayores de 25 años de edad,⁸ la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres mexicanas⁹ y la segunda causa de muerte en mujeres de 30 a 54 años de edad.¹⁰ Asimismo, en el 2010 el CM ocupó el primer lugar de muerte por cáncer (13.3%) en la mujer, y el de ovario ocupó la octava causa (4.8%).¹¹ Dentro de los países de altos ingresos Alemania tiene las prevalencias más altas de lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de la vida (22%).¹² En México las prevalencias de LM han disminuido de manera considerable y varían según la región. La prevalencia de LM exclusiva en niños menores de 6 meses de edad pasó de 22.3% en 1999 a 14.5% en 2012, y fue de 10.6% en la región norte, 15.7% en el centro y 15.5% en el sur de México,¹³ mientras que las tasas de mortalidad por CM son mayores en el norte que en el sur.¹⁴ La reducción del CM es el efecto en salud más sobresaliente que ofrece la LM a la mujer.^{2,6,15,16} De acuerdo con el World Cancer Research Fund (WCRF) y el American Institute for Cancer Research (AICR), la evidencia a favor de la LM de cualquier tipo y al menos durante 5 meses como factor protector del CM es “convinciente”, con esta categoría como la evidencia más fuerte, consistente y sustentada por mecanismos biológicos. El proceso biológico por el cual la lactancia reduce el riesgo de CM se puede dar por diversas vías: mayor diferenciación de las células de la mama que ocurre durante la lactancia,^{16,17} una adecuada expresión de proliferadores de peroxisomas (es decir PPAR- γ) encargados de la diferenciación y transdiferenciación de las células,¹⁸ menor exposición a hormonas sexuales endógenas (como el estrógeno) durante la amenorrea experimentada en el amamantamiento,^{16,17,19} excreción de sustancias carcinógenas a través de la leche materna,¹⁷ y por la exfoliación del tejido mamario durante la lactancia que contribuye a eliminar células con daño en el DNA.^{16,17} Aunque el conocimiento sobre la etiología del CO aun es débil se ha sugerido que el efecto protector de la lactancia sobre el riesgo de CO podría estar

ligado a diversas hipótesis.²⁰ Al suprimir la ovulación la lactancia causa erradicación de Academia Nacional de Medicina de México las gonadotropinas, en particular la hormona luteinizante,²⁰ que se ha considerado como una potencial causa de CO cuando se encuentra en valores elevados.²¹ El incremento constante de las tasas de mortalidad por CM y CO tiene una carga económica y de salud bastante alta en varios países del mundo. En Corea se estimó que si la tasa de LM de cualquier tipo se incrementara de 35 a 50% en las mujeres en edad reproductiva la carga económica (costos directos e indirectos) por CM y CO se reduciría, en conjunto, entre 22 y 51 millones de dólares al año.²² En Reino Unido se estimó que si la tasa de LM de cualquier tipo en niños < 6 meses de edad aumentara de 36 a 52%, la reducción en costos directos e indirectos sería de 34 millones de dólares y 627 casos de CM evitados al año por cada 100 000 mujeres. En Estados Unidos los resultados de un estudio mostraron que si la tasa de LM de 12 y 18 meses de vida del niño se incrementara de 23 a 90% se reducirían 260 casos por 100 000 mujeres \geq 15 años (4 981 casos totales de CM) cada año y se ahorrarían cerca de 104 millones de dólares de costos directos y 24 millones de costos indirectos. La carga económica y de salud relacionada con el CM y el CO es mucho más alta para los servicios de salud del país, el sector económico y la sociedad, mismas que podrían reducirse si las madres aumentaran la duración acumulada de cualquier tipo de LM. La cuarta edición del código europeo en contra del Cáncer recomienda “Amamantar reduce el riesgo de cáncer de la madre. Si tú puedes, amamanta a tu bebé”.

4.3. DIABETES Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES QUE AMAMANTAN.

México, al igual que otras regiones del mundo en transición, ha experimentado importantes cambios en la dieta y la actividad física en los últimos tres decenios, lo

cual ha contribuido de manera central al aumento en la incidencia de obesidad, diabetes tipo 2 (DM2) y otros factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. En los últimos decenios varios estudios han mostrado evidencia de la influencia de factores reproductivos como la paridad, el peso ganado durante los embarazos y la retención de peso posparto en la trayectoria de la adiposidad de la mujer durante la edad reproductiva. Por otro lado, estudios en diversas poblaciones han mostrado el efecto de la lactancia en la reversión de esta trayectoria y la disminución consecuente en el riesgo de alteraciones asociadas con el aumento y la distribución de adiposidad como DM2 y enfermedad cardiovascular. Durante el embarazo se ha reportado mayor acumulación de grasa visceral y en las regiones suprailiacas, así como una mayor movilización de grasa de estas áreas en el periodo de lactancia.¹⁻⁵ Se ha planteado que las mujeres que no lactan tienen mayor dificultad para movilizar la grasa acumulada durante el embarazo, lo que resulta en una mayor acumulación de grasa visceral y retención de peso posparto.⁶ Además del efecto en el peso posparto, el efecto de la lactancia sobre el peso y la distribución corporal de grasa se ha observado en periodos más largos. Por ejemplo, en el estudio WISH en Estados Unidos (*The Women and Infant Study of Healthy Hearts*) se encontró que las mujeres que lactaron por un periodo mínimo de 3 meses tuvieron 36.96 cm² (IC 95%, 20.92-53.01) menos grasa visceral medida por tomografía que las mujeres que no lactaron, inclusive 7 años después del embarazo.⁷ También existe evidencia de que las mujeres que lactan tienen menor grasa visceral en comparación con las que no lactaron incluso cuando llegan a la menopausia.⁸ En este estudio se observó que las mujeres pre menopáusicas que nunca lactaron tuvieron en promedio 40% más grasa visceral y 8.02 cm más de circunferencia de cintura en comparación con las mujeres que lactaron por lo menos por 3 meses a todos sus hijos. En general los resultados han sido más consistentes cuando se evalúa la distribución de grasa que cuando la evaluación es con peso o IMC. Todavía es controversial si es la grasa visceral o la supra iliaca la que sufre mayor movilización en el periodo de lactancia; sin embargo estudios en ratones y humanos sugieren que la mayor utilización de grasa para producción de leche es a

expensas de la grasa visceral.^{9,10} Debido a que la grasa visceral es metabólicamente activa y secreta sustancias inflamatorias,¹¹ los resultados descritos del efecto protector de la lactancia en la movilización y utilización de la grasa visceral que es acumulada durante los embarazos sugieren que las mujeres que no lactan podrían estar en mayor riesgo de desarrollar DM2 y enfermedad cardiovascular.

Lactancia y el riesgo de desarrollo de diabetes tipo 2

Debido a la alteración en el metabolismo de glucosa en pacientes con diabetes gestacional, varios estudios se han enfocado en evaluar el efecto de la lactancia en el periodo posparto de este tipo de pacientes. En un estudio de cohorte de pacientes con diabetes gestacional en el estado de California (SWIFT; *Study of Women, Infant Feeding, and Type 2 Diabetes*),¹² Gunderson y colaboradores encontraron una relación de dosis-respuesta entre intensidad creciente de lactancia (desde alimentación casi exclusiva con fórmula a lactancia materna exclusiva) y disminución en los valores de glucosa en ayuno y mejoría de la sensibilidad a la insulina a las 6 a 9 semanas posparto. En otro estudio se encontró que a los 3 meses posparto las madres lactantes tuvieron un índice de disposición (relación entre la secreción y la sensibilidad a la insulina) superior, lo que indica una función más eficiente de las células β -pancreáticas.¹³ Sin embargo aún no está claro cuánto tiempo persiste el beneficio de la lactancia en la homeostasis de la glucosa después del destete, ya que al menos en mujeres sin diabetes gestacional el estudio VIVA evaluó el metabolismo de la glucosa a los 3 años posparto en mujeres que lactaron por un periodo promedio de 6.4 meses y no se encontró asociación entre la duración de la lactancia y la resistencia a la insulina o glucosa en ayuno.¹⁴ No obstante, un análisis prospectivo de una cohorte de pacientes con diabetes gestacional en Alemania encontró una disminución de Academia Nacional de Medicina de México casi 50% del riesgo de desarrollar DM2 en mujeres que lactaron al menos 3 meses en comparación con mujeres que lactaron menos. Varios estudios longitudinales han evaluado el riesgo de desarrollar DM2 según diferentes duraciones de lactancia. Stuebe y

colaboradores en el 2005¹⁶ evaluaron la asociación entre la lactancia y el riesgo materno de DM2 en participantes de las cohortes de enfermeras (*Nurses Health Study*, NHS, I y II) en Estados Unidos. Los resultados encontrados fueron que por cada año adicional que las mujeres dieron lactancia (al sumar la lactancia total de todos los nacimientos vivos) el riesgo de DM2 disminuyó en 15% en las mujeres del NHS I y 14% en las mujeres del NHS II. Otro estudio realizado en China por Villegas y colaboradores en el 2008 encontró que *mujeres que lactaron tuvieron 12% menor riesgo de DM2 en comparación con las que no lactaron*. En otro estudio Liu y colaboradores en el 2010¹⁸ evaluaron el riesgo de DM2 en mujeres lactantes que forman parte de la cohorte australiana “45 y más”. Mujeres con al menos un hijo tuvieron 14% menos riesgo de DM2 por cada año que lactaron. Comparado con las mujeres nulíparas, aquellas con hijos pero que no lactaron tuvieron casi 50% mayor riesgo de DM2. En el 2014 Aune y colaboradores¹⁹ realizaron un meta análisis de estudios de cohorte que han analizado la lactancia y el riesgo materno de DM2, notaron que las mujeres que lactaron por un largo periodo tuvieron 32% menor riesgo de DM2 en comparación con las mujeres no lactantes sin considerar otros factores de riesgo. En el 2014 Jager y colaboradores²⁰ llevaron a cabo otro meta análisis con el objetivo de evaluar la asociación entre lactancia y casos incidentes de DM2, y los resultados muestran que por cada 6 meses adicionales de lactancia se reduce en 27% el riesgo materno de DM2. Casi todos estos estudios longitudinales han ajustado de manera exploratoria por diferentes índices de adiposidad tanto en edad pre-reproductiva como durante la edad reproductiva, con una asociación que se mantuvo significativa, lo que sugiere que el efecto de la lactancia en retención de peso y distribución de adiposidad posparto no explica la totalidad de la asociación con el riesgo de diabetes.

Lactancia y riesgo cardiovascular

Además de las asociaciones con modificaciones de la adiposidad y el metabolismo de glucosa y riesgo de DM2, varios estudios han demostrado que la lactancia puede tener efectos protectores tanto a corto como largo plazo en otros factores

de riesgo cardiovascular como hipertension,²¹ dislipidemia²² y síndrome metabólico,²³ y por lo tanto reducir el riesgo de eventos cardiovasculares. Otros estudios han evaluado la relación entre lactancia y medidas objetivas de enfermedad cardiovascular subclínica (engrosamiento de la intima media carotídea o calcificaciones coronarias). En un estudio de cohorte en Estados Unidos (SWAN; *Study of Women's Health Across the Nation*), el riesgo de tener calcificación coronaria en madres que nunca amamantaron fue casi cinco veces el riesgo encontrado en mujeres que amamantaron a todos sus hijos, aun después de ajustar IMC y otros por factores de riesgo cardiovascular. Lactancia materna en México Estudios de larga duración también han encontrado efectos protectores de la lactancia en el riesgo de incidencia de enfermedad coronaria. Por ejemplo, en la cohorte de las enfermeras en EU²⁵ Stuebe y colaboradores reportaron un riesgo 23% menor de infarto de miocardio en madres que lactaron durante 2 o más años en comparación con las madres que nunca amamantaron, incluso después de ajustar por edad, paridad y otros factores del estilo de vida. En fechas recientes en el *Hunt Study* de Noruega²⁶ se observó que mujeres con historia de paridad y menores de 65 años de edad tenían un exceso de mortalidad cardiovascular en comparación con mujeres que habían lactado por más de 24 meses a lo largo de su vida, después de ajustar por paridad y muchos otros posibles confesores. En otro estudio, Jonas y colaboradores siguieron a mujeres lactantes durante las primeras 25 semanas posparto, en las que compararon las mediciones de tensión arterial basales, y observaron que tanto la presión sistólica como la diastólica disminuyeron en respuesta a la lactancia.

Lactancia, homeostasis de la glucosa y riesgo cardiovascular: posibles mecanismos protectores

La lactancia acumulada reduce grasa visceral acumulada durante el embarazo, lo que ayudaría a disminuir el riesgo de desarrollar resistencia a la insulina y otros factores de riesgo cardiovascular como dislipidemia e hipertensión. De forma específica para el riesgo de diabetes varios estudios señalan que durante el embarazo y el periodo de lactancia se encuentra aumentada la expresión de los

receptores de prolactina en el páncreas. Se ha demostrado que tanto en ratones como en humanos la prolactina incrementa la producción de insulina al estimular la proliferación de las células β del páncreas mediante la regulación de la expresión de la proteína menin29 lo cual ayudaría a regular la glucosa en sangre. También se ha reportado que la prolactina protege a las células β pancreáticas de las citosinas inflamatorias que inducen apoptosis de las células β de los islotes pancreáticos. Por último, para el riesgo específico de hipertensión se ha encontrado que la oxitócina, hormona elevada en el periodo de lactancia y que favorece la producción y eyección de leche, reduce la vasoconstricción. Los estudios realizados a la fecha sugieren que la lactancia podría tener un rol protector en el desarrollo de DM2 y enfermedad cardiovascular, y aunque los resultados han sido suficientemente consistentes, la principal limitación de todos ellos es su carácter observacional, lo que impide descartar por completo el factor de confusión. La lactancia y su duración se asocian con estilos de vida saludable en muchas poblaciones, por lo que aun con análisis multivariados no se puede descartar confusión residual. Además, la obesidad es uno de los factores relacionados con interrupción de lactancia y, al menos en los estudios de cohorte a largo plazo, ha sido complicado controlar por la obesidad pre gestacional y por las razones de interrupción de lactancia. Academia Nacional de Medicina de México En fechas recientes se publicaron los resultados de un estudio experimental aleatorizado por conglomerados y evaluación a largo plazo (*The Promotion of Breastfeeding Intervention Trial*),³¹ donde notaron que a pesar de un aumento importante en la lactancia exclusiva > 3 meses en el grupo de intervención (44.5%) contra el control (7.1%) no se hallaron diferencias significativas en el IMC, el porcentaje de grasa corporal o la presión arterial después de un promedio de 11.5 años después del parto. Sin embargo, este estudio no evaluó el efecto específico de la distribución de grasa visceral o parámetros más finos de alteración metabólica como tolerancia a la glucosa o perfil de lípidos, que son aquellos donde se ha encontrado la mayor consistencia en los estudios observacionales. Dada la evidencia de múltiples efectos beneficios de la lactancia materna tanto en el producto como en la madre, nuevos estudios

experimentales serán complicados o poco éticos de realizar, por lo que se deberán buscar alternativas para el control de estos confusores en estudios observacionales a largo plazo, además de incorporar la evaluación de la intensidad de la lactancia (exclusiva contra no exclusiva) y no solo la duración de la misma. Además, la mayoría de los estudios experimentales se ha realizado en países de altos ingresos, por lo que será necesario el análisis en otras poblaciones para contribuir en el fortalecimiento de la evidencia. También se han descrito cuales son los mecanismos biológicos plausibles por los que la lactancia podría actuar tanto en el riesgo de diabetes como de enfermedad cardiovascular. Aunque la evidencia aun es escasa los posibles beneficios que pueden obtenerse en la reducción de DM2 y enfermedad cardiovascular a lo largo de la vida tiene una gran relevancia a nivel poblacional, en especial en la población mexicana, ya que este tipo de alteraciones se ha convertido en el principal problema de salud pública.

4.4. LACTANCIA Y DEPRESIÓN EN LAS MADRES.

En la actualidad se sabe que la no iniciación y la interrupción temprana de la lactancia materna (LM) están asociadas con la depresión posparto, a la vez que la presencia de síntomas depresivos durante el embarazo o dentro de los primeros días y semanas posparto es en particular adversa para establecer la LM. Esto último se relaciona con la autoeficacia, ya que aquellas madres con menos confianza en su habilidad para amamantar tienen más probabilidad de no iniciar o no continuar la lactancia materna exclusiva (LME). Por lo tanto, el apoyo para el establecimiento de la LM en las primeras semanas podría ayudar también a controlar la depresión posnatal, así, es importante promover protocolos de atención integrales de salud para la madre y el niño desde el embarazo para motivar a las madres a adoptar prácticas de LM adecuadas. Dichos protocolos también deben promover la detección y atención temprana de problemas de salud mental entre las mujeres.

La depresión perinatal es un problema de salud pública por el alto costo que implica en la salud de la mujer y el bienestar de la familia. Existe una gran relación entre las madres de escasos recursos y resultados deficientes al nacer como bajo Peso y parto prematuro, desnutrición infantil en el primer año de vida, mayor tasa de enfermedades diarreicas y menor tasa de vacunación.⁸ En México los síntomas depresivos entre las madres de niños menores de 5 años de edad se asocian de manera similar con bajo peso al nacer, así como con menores tasas de exámenes de desarrollo, mayor prevalencia de accidentes, problemas de salud más graves e inseguridad alimentaria de los hogares. Cuando se entrevistó a Marisela después de 9 meses de haber dado a luz recordó su experiencia de lactancia. Su madre y suegra trataron de enseñarle cómo hacerlo, pero Marisela no tenía paciencia y se sentía frustrada con facilidad. Debido a que su producción de leche era baja su bebe se agitaba y eso desesperaba a Marisela, por lo que rápidamente comenzó a darle formula en biberón. Marisela detuvo la lactancia a los 2 meses. Mirando en retrospectiva, Marisela dijo tener “sentimientos encontrados” porque se siente satisfecha de haber amamantado, pero las dificultades que se le presentaron hicieron que no pudiera hacerlo por un periodo más largo, como le hubiera gustado. Marisela no es la única. México tiene una de las tasas más bajas de lactancia en América Latina. A pesar de que la Organización Mundial de la Salud lo recomienda, solo 14% de las mujeres en México amamanta de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.¹⁰ La lactancia materna proporciona los nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo saludable del cerebro, la protección de Academia Nacional de Medicina de México infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas. También ayuda a proteger contra la obesidad y las enfermedades no transmisibles. Estas ventajas son críticas en México, ya que en la actualidad se atraviesa una transición nutricional, la cual se caracteriza por la coexistencia de la desnutrición y el exceso de peso dentro de los mismos grupos de población así como dentro del hogar. Se sabe que los síntomas depresivos y la lactancia son cuestiones interrelacionadas. La depresión perinatal está asociada en gran medida con una menor duración de la lactancia materna, lo que lleva a la introducción de la formula y los sustitutos de

la leche a edades más tempranas que en mujeres sin síntomas depresivos.¹³⁻¹⁵ Asimismo, para niveles más altos de sintomatología depresiva se reduce la probabilidad de la lactancia exclusiva y hay una mayor prevalencia de Lactancia materna complementada con fórmula.¹⁴ Un estudio longitudinal reciente con más de 10 000 mujeres reporta que entre las madres que planearon amamantar y lo lograron hacer se observa 50% menos riesgo de presentar depresión que entre las madres que no planearon y no amamantaron a sus bebés. Por otro lado, las madres que habían planeado amamantar pero no lo hicieron eran dos veces más propensas a deprimirse que las madres que no planearon y no amamantaron. Por otro lado, la no iniciación y la interrupción temprana de la lactancia materna pueden predecir la depresión posparto. En una muestra de 755 mujeres que tuvieron un resultado positivo en la Escala de Depresión Posparto a las 6 semanas después del parto, la alimentación con biberón se identificó como un predictor significativo de la sintomatología. Otras investigaciones sostienen que la alimentación con biberón es el resultado de los síntomas depresivos.¹⁷ En un estudio longitudinal los síntomas depresivos 1 semana después del parto se asociaron de forma significativa con la interrupción, la insatisfacción y la falta de autoeficacia de la lactancia materna,¹⁸ lo cual refuerza otra evidencia previa de que el estado de ánimo de la madre influye en, y probablemente precede, los resultados de la lactancia materna. En una encuesta nacional representativa de mujeres mexicanas los resultados indican que hay muchos más niños que nunca fueron amamantados entre las madres con síntomas depresivos (13.59%, IC 95% [10.2, 17.89]) que entre las madres sin síntomas depresivos (9.79, CI 95% [8.42, 11.4] $P < 0.01$), lo que sugiere que la sintomatología depresiva durante el embarazo o en las etapas tempranas del periodo posparto puede comprometer los beneficios de la lactancia materna mediante la inhibición de la captación y la instauración de las conductas necesarias al establecimiento de prácticas adecuadas de lactancia. Estos resultados son consistentes con lo reportado en otros estudios que indican que el primer mes después del parto es crítico para la continuación de la lactancia. Un estudio de casos y controles en Brasil²² concluyó que cuando una mujer tiene problemas de salud mental, como la depresión,

durante el primer mes después del parto ella presenta dos veces más riesgo de interrumpir la lactancia de su bebe. Sin embargo, una vez que la práctica se ha establecido es probable que se mantenga, incluso entre las mujeres con problemas de salud mental, sobre todo cuando existe apoyo de la pareja Lactancia materna en México o familiar. Estos resultados concuerdan con los del estudio representativo a nivel nacional de mujeres mexicanas, ya que las principales diferencias de las prácticas de lactancia entre las mujeres con y sin sintomatología depresiva ocurren en los primeros días y semanas después del parto; estas diferencias no se observan en las madres de bebés de 4 o 6 meses de edad, es decir, hay tasas similares de la lactancia materna exclusiva a los 4 y 6 meses entre las madres con y sin síntomas depresivos. Por lo tanto, proveer apoyo para la lactancia en mujeres que están en riesgo de experimentar depresión perinatal pareciera también ser fundamental sobre todo en las etapas tempranas. Se ha demostrado que las mujeres con síntomas depresivos reportan mayores dificultades de lactancia que aquellas que no tienen síntomas depresivos.²³ Por otro lado, las mujeres que se preocupan más por la lactancia y que muestran una menor autoeficacia tienen más probabilidades de deprimirse. La autoeficacia es fundamental para preservar la lactancia, ya que aquellas madres que tienen menos confianza en su habilidad para amamantar tienen más probabilidad de no iniciar o no continuar la lactancia exclusiva. Una forma de abordar las bajas tasas de lactancia materna es ayudar a las madres a ser emocional y mentalmente saludables. La depresión puede ser detectada y tratada, en especial en el periodo perinatal cuando la mujer tiene un contacto más regular con los servicios de salud. El tratamiento efectivo de la depresión incluye diversas formas de psicoterapia, apoyo entre pares, intervenciones llevadas a cabo a través de agentes de salud comunitarios, y tratamientos farmacológicos que son compatibles con el embarazo y la lactancia. Sin embargo en México existe una mala recepción a los servicios de salud para aquellos con desórdenes mentales. Entre una muestra de países de bajos y medianos ingresos México ocupó el último lugar en la duración media de retraso al buscar tratamiento para un trastorno del estado de ánimo; 14 años es la cantidad promedio de tiempo que transcurre desde el inicio de los síntomas hasta

obtener tratamiento. La brecha de tratamiento es en particular grande entre mujeres mexicanas de entre 18 y 29 años de edad, lo cual es significativo dado que muchas mujeres quedan embarazadas en estas edades y las formas más graves de depresión ocurren en el periodo reproductivo. Las unidades obstétricas en los establecimientos de salud del sector público cuentan con procedimientos de rutina para la detección de la depresión perinatal o atención para mujeres que la experimentan. En una muestra representativa a nivel nacional solo 17.06% de las madres con síntomas depresivos reporta haber recibido un diagnóstico de depresión. Dentro de ese grupo poco menos de 60% informa haber recibido tratamiento en algún periodo de su vida, y solo 15.19% tomó medicamento o recibió algún tratamiento por depresión en las últimas 2 semanas.⁴ Los proveedores de salud mexicanos son conscientes de la depresión perinatal y quieren hacer algo al respecto.³² Identificar los factores que colocan a las mujeres en mayor riesgo de padecer depresión puede traducirse en una ayuda para los esfuerzos de detección y prevención en los sistemas de salud y de protección social. Por ejemplo, el riesgo de depresión posparto entre las mujeres mexicanas podría reducirse de 67 a 5.5% mediante medidas de prevención que se enfoquen en eliminar el bajo apoyo social, los embarazos no deseados y la exposición a la violencia de pareja durante el embarazo. La creación de políticas locales y nacionales de atención a la salud donde se ofrezcan medidas prácticas para hacer frente a la depresión perinatal, como protocolos de detección y atención, sería de gran ayuda. Aunque en la actualidad las investigaciones sobre prevención de la depresión posparto en mujeres mexicanas resultan prometedoras es necesario contar con más evidencia, en particular sobre intervenciones que permitan apoyar a las mujeres que amamantan y que experimentan o se encuentran en riesgo de presentar depresión posparto.

4.5. COSTOS DE LAS PRÁCTICAS INADECUADAS DE LACTANCIA MATERNA.

Los riesgos ampliamente documentados de morbilidad y mortalidad en niños no lactados al seno materno y en las madres no lactantes pueden traducirse en una carga económica importante para un país en términos de costos directos de atención médica, costos indirectos y gasto en fórmula láctea. El capítulo resume los hallazgos de 15 estudios en la literatura internacional que estiman el exceso de costos asociados con una lactancia inadecuada. Estas valoraciones permiten a los países tener una estimación de cuánto debería gastarse al menos en políticas e intervenciones para aumentar la prevalencia y duración de la lactancia materna. Los riesgos ampliamente documentados de morbilidad y mortalidad en niños no lactados al seno materno y en las madres no lactantes¹⁻³ pueden traducirse en una carga económica importante para un país. Esta carga se ha estimado en la literatura como costos directos de atención médica asociados con el exceso de morbilidad por una lactancia inadecuada, costos indirectos por pérdida de productividad asociada con tiempo destinado a cuidar al niño enfermo por parte de los padres o cuidadores, discapacidad o muerte prematura, y costos de la leche de fórmula láctea. En la literatura de impacto económico se entiende lactancia inadecuada como el no cumplimiento de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad, seguido de introducción de alimentos y continuación de lactancia hasta los 2 años o más si la madre y el hijo así lo deciden⁴ o recomendaciones de salud específicas de cada país. El presente capítulo resume la literatura sobre estimaciones de costos directos e indirectos asociados con una lactancia inadecuada en niños y sus madres para enfermedades infecciosas y no infecciosas. A partir de los resultados de estos estudios, el capítulo discute la heterogeneidad en las metodologías aplicadas para estimar costos y los retos de hacer estas estimaciones en países con escasa información epidemiológica y económica. Costos de las prácticas inadecuadas de lactancia materna Arantxa Colchero Aragonés, David Contreras Loya, Teresita González de Cosío Martínez Academia Nacional de Medicina de México Revisión de literatura El trabajo es producto de una revisión estructurada de la literatura mundial de estudios con estimaciones de costos asociados con

lactancia no adecuada de artículos en revistas científicas, reportes y documentos de trabajo. Se excluyeron estudios que fueran estimaciones de evaluación económica (costo-efectividad/utilidad o costo-beneficio) que comparan intervenciones específicas relacionadas con lactancia porque el interés de este capítulo es resumir los estudios de carga económica. Como existen escasos estudios sobre impacto económico y algunos estiman costos totales por enfermedades infecciosas y no infecciosas, se presenta la evidencia por país o región: Estados Unidos, que concentra la mayor parte de la literatura, Europa (Reino Unido, Italia y Holanda), Australia y México. Evidencia de estudios sobre costos asociados con lactancia inadecuada

Estados Unidos

Una parte de los estudios en Estados Unidos que documentaron en la década de 1990 el exceso de costos asociados con una lactancia materna inadecuada se basan en datos de grupos de niños seleccionados de programas sociales,^{5,6} organizaciones de salud,⁷ estudios de niños en ciudades específicas⁸ o en muestras de niños pretérmino.^{9,10} En estos estudios en su mayoría se incluyen sólo costos directos de atención médica, y los costos varían según el tamaño de la muestra que en general son pequeñas (ver Cuadro 4.1). Existen tres estudios con estimaciones para Estados Unidos. El primero es el de Riordan que estimó un costo anual nacional de 1 000 millones de dólares en costos directos de atención médica y fórmula láctea para el tratamiento de cuatro enfermedades en niños asociadas con no lactar. El segundo es el estudio de Weimer, quien estimó los beneficios económicos a corto plazo de aumentar la prevalencia de lactancia exclusiva a nivel nacional para enfermedades infecciosas en niños. El estudio incluyó costos directos por uso de servicios médicos, costos indirectos por tiempo invertido en cuidados del niño y costos por muerte prematura. Los resultados muestran que podrían ahorrarse al menos 3 600 millones de dólares anuales al alcanzar metas de lactancia de hasta 75% para madres en hospital y 50% a 6 meses posparto. El estudio no incluye enfermedades no infecciosas, costos de morbilidad a largo plazo, ni costos de fórmula. Siguiendo la metodología de

Weimer, el tercer estudio es el de Bartick y Reinhold que estimó el diferencial de casos de enfermedad entre lactados y no lactados Lactancia materna en México en el *statu quo* y para escenarios de 80 y 90% de lactancia materna exclusiva considerando una amplia variedad de enfermedades pediátricas. Los análisis incluyeron costos directos de atención por uso de servicios médicos, costos indirectos por pérdida de productividad de los padres al cuidado del hijo para algunas enfermedades y costos por muerte prematura. Los autores encontraron una carga económica por lactancia subestima (actual *versus* 90% lactancia exclusiva) que asciende a 13 000 millones de dólares anuales. Estos costos no incluyeron gastos en fórmula láctea y muertes o discapacidad asociada con asma, diabetes tipo 1 y obesidad en la edad adulta y diabetes tipo 2 que está incluida de manera parcial en la obesidad infantil. Uno de los pocos artículos en la literatura sobre los costos económicos asociados con enfermedades de las madres por lactancia inadecuada es el de Bartick y colaboradores que estima costos por cáncer de mama, cáncer de ovario, hipertensión, diabetes tipo 2 e infarto de miocardio, con un total de 17 400 millones de dólares anuales asociados con muerte prematura y costos directos e indirectos.

Europa

Como en el caso de las estimaciones no nacionales en Estados Unidos, un estudio en Italia de una cohorte de 842 niños estimó que aquellos lactados tuvieron menores costos directos de atención médica.¹⁶ Estimaciones nacionales para Países Bajos muestran que de lograr una meta de 100% de lactancia se ahorrarían cerca de 50 millones de euros anuales en costos directos de atención. El estudio incluye enfermedades en niños y madres (cáncer de ovario y mama y artritis reumatoide). Existe un estudio que estima los potenciales ahorros para el sistema nacional de salud del Reino Unido para diferentes políticas de aumento en lactancia materna para cinco enfermedades infecciosas en los niños y el cáncer de mama en mujeres.¹⁷ Se incluyeron sólo costos directos de atención dado que el estudio refleja la perspectiva del sistema de salud; no se tomaron en cuenta costos indirectos o costos de fórmula. Los resultados más importantes muestran

que incrementar la tasa de lactancia exclusiva o mixta de 7 a 65% hubiera ahorrado 5 millones de libras esterlinas de 2009-2010 por año en hospitalizaciones y 5.4 millones de libras en servicios ambulatorios. Si la tasa de lactancia se duplicara a 6 meses se ahorrarían 15 millones de libras durante la vida de esas mujeres. A diferencia de muchos estudios, los autores hicieron un análisis de sensibilidad para probar qué tan robustas fueron las estimaciones.

Australia

Existen dos estudios en Australia que estiman costos asociados con lactancia inadecuada. El primero es uno de comparación observacional entre niños lactantes y niños con fórmula que muestra mayores costos de consultas externas y hospitalizaciones en el segundo grupo.¹⁸ El segundo es un estudio con estimaciones nacionales que muestra potenciales ahorros anuales de 11.5 millones de dólares si la prevalencia de lactancia en el país aumentara de 60 a 80%.¹⁹

México

Un estudio reciente estimó los costos pediátricos de no lactar asociados con enfermedades infecciosas en niños menores de 1 año de edad en México.²⁰ Los costos totales de no lactar en 2012 se estimaron entre 745.6 y 2 416.5 millones de dólares, de los cuales entre 11 y 38%, respectivamente, correspondieron a compras de fórmula infantil. Discusión Se resumen los hallazgos de 15 estudios en el mundo que estiman el exceso de costos asociados con una lactancia inadecuada. Estas valoraciones permiten a los países tener una estimación de cuánto debería gastarse al menos en políticas e intervenciones para aumentar la prevalencia y duración de la lactancia materna. Los hallazgos no se pueden extrapolar a otros países dado que los cálculos dependen de los niveles de lactancia actuales, las condiciones epidemiológicas particulares, las metas de lactancia propuestas y los costos unitarios relevantes (médicos y no médicos). En los estudios con estimaciones nacionales las metodologías utilizadas son heterogéneas, aunque para desenlaces agudos la mayor parte de los autores

utiliza una variación del mismo concepto: calcular la diferencia en casos esperados bajo distintos niveles de exposición a lactancia, dados ciertos riesgos relativos para cada modo de alimentación. Existe gran variabilidad en los tipos de costos incluidos; por lo general todos estiman costos directos de atención pero no todos incluyen costos de fórmula o costos indirectos que pueden tener un peso importante en el costo total, como el tiempo de los padres y cuidadores y la productividad perdida por muerte prematura. También existe una gran variabilidad en las enfermedades que se incluyen y en las poblaciones, y existen sólo tres estudios que muestran impacto económico por enfermedades de las madres. Otra fuente de variabilidad son los criterios para incluir riesgos de enfermedad asociados con lactancia inadecuada, que sin duda representan un reto al considerar la heterogeneidad propia de estos estudios epidemiológicos, que en su mayoría se han realizado en países de altos ingresos y que incluyen múltiples definiciones de tipo de lactancia. Un elemento adicional es que la mayor parte de los estudios de costos carece de análisis de sensibilidad y de incertidumbre, claves para mostrar qué tan robustos son los resultados a cambios en los principales parámetros o supuestos, y si existen diferencias con importancia estadística significativa en las medidas de efectos en salud y costos entre los grupos de comparación.

Lactancia materna en México La mayor parte de la literatura de impacto económico proviene de países de altos y medianos ingresos. Estudios en países con menores ingresos presentan retos por la escasez de información para documentar los niveles actuales de lactancia a partir de encuestas nacionales, datos de incidencia de las enfermedades a considerar y costos de atención para cada enfermedad. Al considerar la importancia de tener estimaciones del impacto económico de una lactancia inadecuada en los países, a la par de una mayor cantidad de estudios en países de bajos ingresos, sería deseable una guía metodológica consensuada por expertos en el tema para desarrollar este tipo de estudios, a fin de mejorar la comparabilidad de la fuerza de la evidencia entre estudios en diferentes contextos.

4.6. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS PRÁCTICAS DE LACTANCIA EN MÉXICO.

En este capítulo se presenta información sobre las prácticas de lactancia materna en México mediante datos de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición. Tiene como objetivo identificar áreas para mejorarlas y lograr efectos positivos en la nutrición, la salud y la supervivencia de los niños mexicanos, y para reducir los riesgos en la salud de sus madres. A partir de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 (ENN 99) se sabe que México está muy alejado de las metas en las prácticas de lactancia según los indicadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Más adelante, para el 2006 dos de cada 10 menores (22%) de 6 meses de edad eran alimentados exclusivamente con leche materna, mientras que para el año 2012 la proporción disminuyó a 14%. El deterioro de las prácticas de lactancia ha sido diferencialmente afectado en mayor medida en los grupos más vulnerables: mujeres de medio rural, en la región sur del país, del tercil más bajo de nivel socioeconómico, educación menor a la primaria, aquellas sin acceso a servicios de salud o sin un empleo remunerado.

Tendencias nacionales y estatales Es útil el análisis de las prácticas de alimentación infantil de lactancia materna mediante los indicadores recomendados por la OMS para garantizar la comparabilidad de datos entre países y regiones.¹ Para concretar dicho análisis se incluyó una sección de recolección de datos sobre prácticas de alimentación del menor de 2 años de edad en la ENN 1999,² y las Ensanut 2006³ y 2012.⁴ La información se recolectó de mujeres en edad reproductiva (12 a 49 años) y sus hijos vivos < 2 años en ENN 1999, y en < 3 años en las Ensanut 2006 y 2012. La información que se solicitó a la madre del niño o a la persona responsable de su alimentación se refiere al *statu quo* (el día anterior a la entrevista para disminuir el error de memoria). En este capítulo se hace referencia a tres indicadores relevantes para el ámbito nacional y estatal:⁵ 1) inicio temprano de la lactancia materna: porcentaje de niños de 0 a 23 meses de edad amamantados dentro de la primera hora después de nacer; 2) porcentaje de niños alguna vez amamantados: porcentaje de niños de 0 a 23 meses de edad que

fueron puestos al pecho para recibir calostro o leche materna, y 3) lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses de edad: porcentaje de niños entre 0 y 6 meses de edad que el día anterior sólo recibieron leche materna.⁵ Asimismo, sólo para el ámbito nacional, se presenta la mediana de la duración de lactancia materna: edad en meses cuando 50% de los niños de 0 a 35 meses de edad (o de 0 a 24 en ENN 1999) recibió leche humana.⁵ En cuanto a las características sociodemográficas, la etnicidad se definió para las tres encuestas como un hogar en donde al menos una mujer de 12 a 49 años de edad hablara una lengua indígena. El nivel socioeconómico (NSE) se construyó para las tres encuestas a través de la metodología de análisis de componentes principales con base en características de la vivienda y posesión de enseres en los hogares. Este índice se categorizó en terciles bajo, medio y alto. La metodología para el análisis de las prácticas de lactancia se describe con mayor detalle en otras publicaciones.⁶⁻⁹ Los resultados en las tres encuestas muestran que la lactancia materna exclusiva (LME) inicia por debajo de lo que recomienda la OMS y desciende de forma rápida con la edad del niño. La mediana de la duración de lactancia es de alrededor de 10 meses, y se ha mantenido constante en los últimos 13 años en el ámbito nacional la cual es menor en la región norte del país comparada con el sur y en el NSE alto comparado con el bajo. La duración de la lactancia materna es considerablemente mayor en población indígena que en la no indígena. La mayoría de los niños menores de 3 años desde la ENN 1999 a la Ensanut 2012 han sido amamantados alguna vez, sin tomar en cuenta si recibieron sólo calostro o leche materna, lo que muestra una gran aceptación de las madres para amamantar a sus hijos, y que hay fuerzas poderosas que obstaculizan la LME < 6 meses y continuada hasta los 24+ meses. El indicador de inicio temprano de lactancia se recolectó por primera vez en Ensanut 2012 . Se observa que solamente entre 30 y 50% de los niños son puestos al seno en la primera hora de vida. Al ver al interior del país se nota que sólo en muy pocos estados 50% de los niños son puestos al seno materno al nacer. En general los indicadores de LM muestran un periodo relativamente estable entre 1999 y 2006 seguido por un deterioro entre 2006 y 2012. Se observa que la LME < 6 meses era

de 20.0 y 22.3% en 1999 y 2006, respectivamente, y descendió casi 8 puntos porcentuales (pp) entre 2006 y 2012 a 14.4%. El deterioro de las prácticas de lactancia ha sido diferencialmente afectado en mayor medida en los grupos más vulnerables: mujeres de medio rural, en la región sur del país, y en el tercil más bajo de nivel socioeconómico; todos estos cambios fueron de importancia estadística significativa ($P < 0.05$). Si se observan las características definidas de la población se nota que entre los años 1999 y 2006 la LME < 6 meses bajó en la región norte del país; 37 de cada 100 mujeres que vive en el medio rural la practicó y bajó a casi 10 de cada 100 mujeres en zonas urbanas. En comparación con 2006, el descenso en la LME < 6 meses en el 2012 se explicó por más de niños que consumieron fórmula y otras leches, porcentuales más de niños que además de leche materna consumieron agua, o bien, porque se está iniciando antes de los 6 meses de edad la alimentación con alimentos sólidos u otros líquidos (como leches, atoles, café).

Reflexión

Como resultado de esfuerzos de diversos actores y sectores hoy se cuenta con datos sobre las prácticas de alimentación infantil en México. Se observa que aunque el inicio es casi universal no parece haber protección, promoción y apoyo a la lactancia de forma eficiente, ya que las prácticas de lactancia se deterioran principalmente en los primeros meses. A partir de la década de 1960 ya se había evidenciado un problema en el desempeño de la lactancia materna en México, 10-12 e incluso que el país tenía las prevalencias más bajas entre aquellos en desarrollo.¹³ El deterioro actual está ocurriendo en mayor medida en los grupos de mayor vulnerabilidad social: indígenas, medio rural, el menor tercil de NSE, región sur del país, quienes no reciben servicios de salud y en madres que no cuentan con un empleo remunerado, grupos en quienes la protección de la lactancia en contra de enfermedades infecciosas podría tener más efecto. Se sabe que el abandono de la lactancia y la LME aumenta aún más los riesgos de sobrepeso y obesidad, panorama desfavorable en México. De continuar este deterioro en las prácticas de LM es posible que en el futuro sean las mujeres más

educadas y de mayor nivel socioeconómico quienes tengan mejores prácticas, panorama similar a otros países y regiones como Estados Unidos y Europa.

4.7. BARRERAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO.

Diversos estudios han documentado la presencia de barreras para la lactancia materna (LM) a distintos niveles o sistemas. En México entre 2009 y 2013 se documentaron mediante métodos cualitativos (grupos focales y entrevistas) las principales barreras para LM en mujeres beneficiarias del programa de inclusión social Prospera (antes Oportunidades) provenientes de cuatro entidades federativas, del ámbito urbano/rural y en población indígena y no indígena. Las principales barreras encontradas fueron: 1) individuales: falta de confianza y capacidad para nutrir a su bebé, enfermedad de la madre, malestares y requerimientos (p. ej., nutricionales y de tiempo) asociados con la LM y el trabajo fuera del hogar; 2) interpersonales: recomendaciones inadecuadas sobre cuidado, destete, prácticas de ablactación y remedios de malestares por familiares, pareja y proveedores de salud; 3) institucionales: consejería inadecuada e inefectiva en los servicios de salud; 4) comunitarias: de norma social, por ejemplo, aceptación de la fórmula antes de los 6 meses y como reflejo de solvencia económica, y 5) de políticas: falta de apoyo del sistema de salud, incumplimiento del código de comercialización de sucedáneos de leche materna, mercadotecnia no regulada de bebidas azucaradas dirigida a niños y políticas laborales que no favorecen la lactancia. Los hallazgos descritos permiten el diseño de intervenciones efectivas que se adapten a las necesidades y el contexto de las poblaciones vulnerables. Se sugiere intervenir en los diferentes sistemas, de modo tal que el conjunto de esfuerzos permitan remover o minimizar las barreras asociadas con la LM identificadas en distintos niveles.

En México la lactancia materna exclusiva (LME) ha disminuido de manera drástica en los últimos años (de 20.3% en 1999 a 14.4% en 2012),¹ a pesar de que las tasas de inicio de la lactancia materna (LM) son altas (más de 90%) y la duración

promedio se ha mantenido relativamente constante, alrededor de los 10 meses. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)² las barreras más documentadas hacia la LME son: la percepción de producción insuficiente de leche, la falta de confianza en la LME para nutrir al bebé durante los primeros 6 meses, el personal de salud que aconseja la introducción de fórmulas lácteas y abandonar la lactancia de forma prematura, la falta de espacios adecuados para extraer leche materna durante la jornada laboral, la falta de políticas que respalden la LM o la vigilancia de su aplicación, y el bombardeo comercial de las fórmulas lácteas y su alta disponibilidad.² Este capítulo presenta de forma breve las principales barreras para la lactancia materna que se enfrentan en una muestra de madres beneficiarias del programa Prospera de Inclusión Social (Prospera), antes Oportunidades, a en los estados de Puebla, Oaxaca, Querétaro y Chiapas. Se usó metodología cualitativa: entrevistas a profundidad con madres o cuidadoras ($n = 14$) y padres de niños de 0 a 24 meses de edad ($n = 19$), grupos focales con madres o cuidadoras de niños de 0 a 24 meses de edad ($n = 16$) y mujeres líderes (abuelas, suegras, parteras) [$n = 15$] en localidades urbanas, rurales e indígenas. El muestreo fue propositivo, en el que se definieron con anterioridad las características de los participantes que pudieran proporcionar información más relevante y diversa sobre las barreras hacia la lactancia materna (máxima variación). El número de informantes por instrumentos se definió *a priori*. Las barreras se organizaron según los niveles del modelo ecológico.³ La información se recolectó en diferentes momentos entre los años 2009 y 2013. De manera general las mujeres entrevistadas tienen actitudes positivas hacia la lactancia; la mayoría refiere que el niño acepta el pecho. Consideran la LM como un proceso natural, placentero y que les permite hacer “algo bueno” por la salud y el cuidado de sus hijos, entre otros atributos positivos: “*Se siente uno feliz a la hora que le está uno dando de mamar al niño... porque le diré, es amor que le da uno al niño y a la vez sentimos que lo estamos alimentando bien con la leche materna*” (entrevista a madre, Puebla rural); “*Se siente que somos buenas mamás porque aparte de darle el pecho, le dan cariño al abrazarlos*” (GF mujeres líderes, Oaxaca urbano) La LM es una práctica generalizada en las mujeres del estudio. No

obstante, la alimentación al pecho no es exclusiva hasta los 6 meses ni complementada hasta los 24 meses, como es la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde las primeras semanas dan tés para aliviar los cólicos y en tiempos de calor dan agua para hidratar al niño. Asimismo, a partir de los 2 o 3 meses introducen probaditas de alimentos: *“Yo digo que lo principal es la comida, porque de principio le da uno pecho, porque después ya de los 2 o 3 meses se le da la papilla...”* (GF mujeres líderes Querétaro-Urbano). Las principales barreras identificadas se presentan a continuación. A nivel individual, la falta de confianza y de conocimientos sobre lactancia materna así como las creencias culturales de las madres representan las principales barreras. En primer lugar las madres dudan de su capacidad (autoeficacia) para producir leche materna en la calidad y cantidad que los niños necesitan: *“no tengo suficiente leche”, “el niño no se llena, queda con hambre o llora”*. También en los primeros días las madres refieren que “no les baja” la leche y desconocen si la cantidad que los niños consumen es suficiente. Esta percepción de una producción insuficiente de leche representa la principal razón por la que se introducen sucedáneos de la leche materna y otros alimentos en forma regular a la dieta del niño, incluso en comunidades indígenas del estado de Chiapas. Algunas mujeres refieren que la LME supone un desgaste excesivo del estado de salud y nutrición de la madre, en cuyo caso también introducen frutas o fórmula en la dieta del niño. Otro factor que puede explicar la introducción temprana de probaditas de alimentos es que cuando el niño pone atención a su entorno está más despierto, juega con la saliva y empieza a fijarse en los alimentos, lo que las madres interpretan como que el niño “pide la comida con los ojos”, se “saborea la boca”, se le “antoja”, y por ello introducen las probaditas entre los 3 y 4 meses o antes. La enfermedad de la madre es otra barrera reportada con frecuencia por las mujeres, por el temor de contagiar a los niños y que tomar medicamentos afecte al bebé. También mencionaron los malestares asociados con la LM como son pechos congestionados, dolorosos o agrietados, la interrupción del consumo de ciertos alimentos, la descalcificación de la madre por la lactancia prolongada después del

año, entre otros. Las madres adolescentes, la inexperiencia de las madres primerizas, la demanda de tiempo para el desempeño de otras actividades dentro y fuera del hogar, el hecho de que las mujeres no quieren perder peso o temen deformar sus senos representan también barreras, aunque menos referidas por las informantes. El trabajo de la madre fuera de la casa y un nuevo embarazo son claves en la edad del destete, ya que en ambos casos es frecuente discontinuar la lactancia. En el *nivel interpersonal*, la partera y las abuelas influyen en la transmisión de creencias culturales y patrones de alimentación entre generaciones. Las principales creencias culturales que afectan las prácticas de lactancia materna se describen Asimismo, los hermanos, tías, abuelas y padres de los niños son promotores de la introducción temprana de alimentos y bebidas, incluidos no solo la fórmula y otras leches sino también alimentos industrializados, jugos artificiales y refrescos: *“Sí lo damos [comida chatarra] pero poco nada más, para que no se quede llorando pues porque ya sabe y entonces pide por ejemplo, traigo algo y pide y si no le doy llora, entonces le doy algo para que se calme”* (entrevista padre indígena, Chiapas); *“Porque cuando lo mira [refresco] empieza a llorar, es por eso que se la damos...cuando no está lleno se pone a llorar y a pedir otras cosas”* (Grupo Focal mujeres líderes, Chiapas). Los padres desconocen la recomendación de LME por 6 meses y son los que a menudo compran la fórmula para sus hijos, que lo consideran además como un acto de cuidado hacia sus parejas para que no se “desgaste”: *“No [...] después de un mes, dos tres semanas se alimentó con el pecho pero ya después de ahí como ya va creciendo entonces ya no es suficiente, y entonces fuimos a comprar la Nan 1 y la mamila, y entonces en el día si le damos la mamila y en la noche le damos el pecho de su mamá”* (entrevista padre indígena, Chiapas). Desde su perspectiva las mujeres centran su atención en el cuidado y alimentación de sus hijos lo cual provoca una disminución en las relaciones sexuales. Amamantar en público y dejar el seno descubierto no es bien visto por los maridos. Asimismo, la LM interfiere con las actividades del hogar y el cuidado de otros hijos que les corresponde a las mujeres. En el discurso de las madres también se identificaron barreras de comunicación con los proveedores de salud quienes proporcionan información muy técnica y difícil de

entender y en ocasiones hasta las regañan. *Nivel institucional:* en el servicio de salud no se proporciona información clave sobre LME durante el embarazo ni en el posparto. Existe poco personal capacitado para dar consejería sobre lactancia y pocos materiales para apoyar la comunicación con las madres. Los médicos proporcionan información errónea sobre las Lactancia materna en México prácticas recomendadas de lactancia materna: *“Mi leche está clara y no sirve según lo comentado por el médico. El doctor y la doctora me dicen su leche no le sirve porque su leche está muy clara y no puede nutrir a sus niños porque esa leche está clara y no sirve para nutrirse y está como agua... el bebé llora mucho y llora y llora porque parece como si le estuvieran dando pura agua”* (GF mujeres líderes, Querétaro rural). Asimismo, los médicos son promotores de la ablactación antes de los 6 meses, incluso recomiendan complementar la alimentación del recién nacido con leche de fórmula por considerar la leche materna como insuficiente, tanto en cantidad como calidad. *Nivel comunitario:* la norma social apoya la LM, no así la LME ni la LM complementada hasta los 24 meses. “Dar sólo pecho” es visto por algunas madres como de bajo “estatus” económico. Algunas mujeres, al igual que padres y personal de salud asocian la LME con la falta de recursos económicos, “se da sólo pecho si no se tiene dinero para comprar fórmula”. Dar fórmulas lácteas, productos altamente valorados para la alimentación de los niños, evidencia los recursos económicos de las familias. Existe la percepción entre los diferentes actores que la LM después de los 4 meses no es suficiente para alimentar al niño, lo cual favorece la introducción de alimentos antes de los 6 meses para prevenir que los niños estén “flacos” o se enfermen. *“¿Cómo ven a las mujeres que sólo dan pecho a sus bebés por 6 meses? Así, ¿que no le dan ni agua, ni té, ni nada? Mujer Líder 1. Pues que han de estar bien descriaditos los niños. ¿Cómo es eso? Pues que están flaquitos, se ven ojerositos. O hay unos que se enferman seguido, también, por ejemplo, yo en mi caso mi niño sí le faltó vitaminas, calcio porque ya casi sus muelitas si las tiene muy lastimadas, o sea picadas”.* (GF mujeres líderes, Querétaro urbano) Persiste una norma social de que el “niño gordito es el niño sano”. La norma social tampoco apoya la LM después del año, al considerar que es “agua”, “no sirve” y

“no los alimenta”. *Nivel de política:* una de las principales barreras en este nivel es la falta de apoyo a la LME a nivel hospitalario y del sistema de salud en general. Al momento del estudio no existían programas nacionales para la promoción, la protección y el apoyo a la LM a excepción de la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño en algunos hospitales del país. Asimismo está el incumplimiento del código de comercialización de sucedáneos de leche materna y la falta de regulación de las prácticas de mercadotecnia de la industria de bebidas azucaradas y alimentos dirigido a niños, al igual que las políticas laborales de no favorecer la LME. Las barreras en este nivel se han identificado por investigadores y no provienen de entrevistas ni grupos focales. Las barreras identificadas en este estudio coinciden con las reconocidas por la OMS2 y otros estudios a nivel internacional, y podrían en parte ser responsables de las bajas tasas de LME en el país. Identificar las barreras hacia la lactancia en general, y a la LME en particular, es fundamental para el diseño de intervenciones adaptadas a las necesidades y el contexto de las poblaciones vulnerables, y por lo tanto con mayor probabilidad de ser efectivas. Academia Nacional de Medicina de México Una parte importante de las barreras identificadas son modificables y se deben a la falta de información que pueden abordarse con consejería desde el embarazo, así como con el acompañamiento de la madre tan pronto nace el niño. Está comprobado que la mayoría de las mujeres puede producir leche en cantidad suficiente para amamantar a sus hijos de forma exclusiva por los primeros 6 meses de vida, por lo tanto la barrera de insuficiencia de leche refleja más bien una falta de información y apoyo en la mayoría de los casos. De igual forma, las otras barreras identificadas como el que no “baje la leche”, la enfermedad y la alimentación de la madre, la interpretación de las señales de desarrollo de los niños, entre otros. Por lo tanto, a nivel individual es necesario comenzar por mejorar los conocimientos de las madres en relación con la LME, así como las habilidades, entre ellas las relacionadas con la técnica del buen agarre. Por ejemplo, un concepto pocas veces transmitido a las madres y que está relacionado con la percepción de insuficiencia de leche y que el niño quede con hambre es el de los brotes o crisis de crecimiento.¹ Este concepto no se ha documentado de forma clara en la

literatura, aunque es usado en gran medida por los consultores en lactancia. Los dos primeros brotes (alrededor de las 3 semanas y de los 3 meses) coinciden con los momentos clave en los que a menudo se introducen sucedáneos de leche materna. Las madres deben saber por qué ocurren y en qué momentos suceden para estar preparadas y cómo enfrentarlos. Es fundamental incorporar a las abuelas y los padres en los esfuerzos de promover la LME, ya que ambos influyen en las prácticas de las mujeres. El abordaje de las barreras identificadas en los diferentes niveles, y no sólo en el nivel individual e interpersonal, es fundamental para lograr mejorar esta práctica en el país. Es necesario, por tanto, desarrollar políticas públicas que apoyen y motiven ambientes propicios para la LME y su continuación hasta los 2 años de edad en los servicios de salud, el ámbito laboral, escolar y comunitario con miras a mejorar en especial las cifras de LME en el país.

4.8. DETERMINANTES CULTURALES, ECONÓMICAS Y SOCIALES DE LA LACTANCIA.

En cuanto a las razones de amamantar a sus hijos, el 42% amamantaron por amor, con la intención de brindar cariño a sus hijos, el 18% realizó este acto por indicaciones médicas y un porcentaje menor, refiere que fue por deber o costumbre familiar. La conducta de amamantar es muy variable de una cultura a otra, las diferentes culturas del mundo tienen distintas reglas sobre la lactancia, fijan el inicio, la frecuencia y el fin de la lactancia materna. La forma en que una madre cuida de su hijo, depende de una mezcla compleja de su constitución genética, la respuesta del niño, una larga historia de relaciones interpersonales, su entorno familiar, orientación médica, factores sociales y culturales, de allí que el aprendizaje tiene un papel fundamental en la lactancia materna, pero es un aprendizaje centrado en las creencias, actitudes y valores de cultura.

4.9. SÍNDROME DE LECHE INSUFICIENTE.

La percepción de insuficiencia de leche (PIL) se ha documentado en México y el mundo como una de las causas principales para interrumpir la lactancia materna (LM) exclusiva y de cualquier tipo. En un inicio se creía que era una excusa, pero ahora esta explicación se considera inadecuada. La producción de leche ocurre en cuatro fases: 1) durante el embarazo; 2) al momento del parto; 3) periodo de establecimiento de la producción de leche, y 4) manutención de la producción de la leche (~800 mL/día). Durante el transcurso de cada una de estas fases se pueden presentar eventos que disminuyen la producción de leche de forma fisiológica. Un ejemplo es el retraso de la bajada de la leche (> 72 h posparto) que aumenta el nivel de ansiedad y estrés en la madre, a la vez que dicho retraso se ha asociado con estrés durante el parto, obesidad materna e inicio tardío de la LM. Por otra parte, durante el periodo de demanda- oferta cualquier factor que interfiera con la alimentación a libre demanda (mala posición, dolor en pezones, horario preestablecido para amamantar, etc.) puede causar una producción disminuida de leche materna. Por último, el regreso al trabajo materno interfiere con la fase de mantenimiento de la LM. Por lo tanto, es importante orientar a las mujeres y al personal de salud sobre las fases de producción de LM, que el llanto no indica siempre hambre, que existen etapas en las que el bebé aumenta de forma súbita su demanda (pero que de manera eventual regresará al equilibrio), y que la forma de confirmar la adecuada producción de leche es mediante el monitoreo del crecimiento y desarrollo adecuado del niño.

La percepción de insuficiencia de leche (PIL) es una de las principales razones que las mujeres dan para interrumpir de forma prematura la lactancia materna exclusiva y amamantar por menos tiempo a sus bebés. La PIL se ha documentado en todas las regiones del mundo, y por decenios en México,^{2,3} y es un fenómeno complejo que puede tener orígenes sociales, psicológicos, fisiológicos o una combinación de factores. Determinantes culturales, económicas y sociales de la lactancia Academia Nacional de Medicina de México En el pasado se ha especulado que la PIL se relaciona en gran medida con normas sociales que empujan a las mujeres a darla como excusa para no cumplir con su “deber” de

amamantar.⁵ Esta hipótesis se ha basado ante todo en el hecho de que menos de 5% de las mujeres en el mundo son incapaces de producir leche por razones fisiológicas.⁶ Sin embargo la evidencia acumulada a través de decenios de investigación sugiere en gran medida que existen factores de riesgos biológicos para la PIL, a los cuales muchas mujeres están expuestas, como el estrés^{7,8} y la obesidad,⁹ que pueden incidir de forma negativa en la producción de leche. La producción de leche materna ocurre en varias etapas, que comienzan desde el embarazo hasta el establecimiento después de que nace el bebé. Por lo tanto es importante comprender la PIL al tomar en cuenta estas distintas fases. La primera de las cuatro fases⁶ en la producción de leche materna involucra la activación de la glándula mamaria durante el embarazo cuando fuertes cambios endocrinos inducen a la glándula mamaria a desarrollar las estructuras necesarias como los alvéolos, lóbulos y ductos lactíferos para que pueda suceder la síntesis y expulsión de leche de la glándula mamaria una vez que el bebé nazca. Las altas concentraciones de progesterona en el embarazo inhiben la producción de leche durante el mismo y es la rápida disminución en los niveles de esta hormona que sucede cuando se expulsa la placenta lo que permite que el proceso de producción de leche pueda iniciarse para alimentar al recién nacido.⁶ Es por esto que se puede considerar que la segunda fase de la lactancia comienza con la expulsión de la placenta. Durante las primeras horas después del nacimiento la glándula mamaria secreta y expulsa pequeñas cantidades de un fluido color amarillo, debido a su alto contenido de vitamina A, conocido como calostro, el cual es sumamente rico en anticuerpos que protegen la salud del recién nacido. La pequeña cantidad de calostro que se produce durante los primeros días de vida es suficiente para las necesidades del recién nacido. Entre 48 y 72 h después del nacimiento la producción de leche comienza a aumentar de manera rápida. Cuando esto sucede las mujeres suelen sentir sus pechos más llenos y se refieren a esta sensación como la “bajada de la leche”. El periodo entre el nacimiento del bebé y la bajada de la leche se ha identificado como uno sumamente sensitivo para la interrupción de la lactancia materna exclusiva, en especial cuando la bajada de la leche se “retrasa” más allá de las primeras 72 h después del

nacimiento. Esto es causa de preocupación, ya que una vez que se introducen fórmulas infantiles u otros líquidos se interrumpe la lactancia materna exclusiva y se acorta la duración de la lactancia materna. La introducción de alimentos/líquidos antes de la bajada de la leche se ha atribuido a la percepción de la madre, los familiares, amistades y trabajadores de salud de que el bebé no está recibiendo suficiente alimento. Esta percepción puede aumentar el nivel de ansiedad y estrés en la madre, lo cual puede causar un retraso mayor en la bajada de la leche. Este retraso se ha asociado con niveles de estrés elevados durante el trabajo de parto y el parto, además de la obesidad materna y el inicio tardío de la lactancia materna después del nacimiento. Lactancia materna en México La bajada de la leche marca el comienzo de la tercera fase de la lactancia materna que es el periodo en el que se establece la producción de leche. Durante este periodo el proceso de demanda-oferta se vuelve muy prominente y representa una etapa donde la madre y el bebé se comienzan a acoplar o sincronizar en cuanto al patrón de alimentación, incluida la frecuencia con que el bebé mama. Cuando el bebé chupa del pecho de la madre, sensores en el área que rodea al pezón mandan señales al hipotálamo y la glándula hipófisis, las cuales a su vez ordenan la liberación de las hormonas prolactina y oxitocina. La prolactina es muy importante para la síntesis de leche en las células lácteas de la glándula mamaria y la oxitocina causa que las células mioepiteliales que envuelven los alvéolos de la glándula mamaria se contraigan para expulsar la leche de los alvéolos a los ductos lactíferos que transportan la leche hasta el pezón. Durante esta fase cualquier factor que interfiera con el proceso de alimentación a libre demanda puede causar una reducción en la producción de leche. Es esencial que en esta fase las madres tengan el apoyo para aprender cómo posicionarse bien al bebé en el pecho ya que no hacerlo de manera correcta conlleva problemas como lesiones en los pezones que son muy dolorosas o, bien, que los pechos se hinchen y obstaculicen el proceso de demanda-oferta de producción de leche. La cuarta fase de la lactancia es la manutención de la producción de leche, la cual en promedio es de alrededor de 800 mL por día.⁶ Al igual que en la fase de establecimiento, en ésta cualquier factor que intervenga con el proceso de amamantar a libre demanda puede

conllevar a una disminución de la producción de leche. Por lo general es durante esta fase cuando las mujeres trabajadoras regresan a sus empleos, por lo que el apoyo de los empleadores con el establecimiento de lactarios y otras políticas amigables hacia la lactancia materna se vuelven fundamentales para prevenir la PIL. El síntoma principal que las mujeres reportan como razón para percibir que no Producen suficiente leche es el llanto del bebé. Por eso es imprescindible educar a las madres y sus redes de apoyo, así como a los profesionales de salud, sobre las múltiples razones por las cuales un bebé llora y cómo identificar los signos reales de hambre. Durante las fases de establecimiento y manutención de la producción de leche es común que los bebés pasen por periodos de crecimiento acelerado donde de manera súbita aumentan su demanda de leche. Algunas madres y sus seres queridos interpretan esto como hambre insatisfecha del bebé cuando ésta simplemente es una fase transitoria de producción de leche que de forma eventual se estabiliza bajo el proceso de demanda-oferta. Es importante educar a las madres, sus seres queridos y los trabajadores de salud sobre qué tan plástico es este proceso de demanda-oferta. Por ejemplo, la producción de leche aumenta de manera rápida simplemente al amamantar con más frecuencia a tal punto que madres con gemelos pueden producir el doble de volumen de leche. La mejor manera de confirmar la adecuada producción de leche es al monitorear que el crecimiento y desarrollo del bebé sean adecuados. Es importante que los trabajadores de salud sepan que es normal que los recién nacidos pierdan hasta Academia Nacional de Medicina de México 10% del peso con que nacen durante la primera semana, ya que éste representa la pérdida excesiva de líquidos excesivos que repercuten sobre el peso original. En conclusión, la PIL es un fenómeno sumamente común que afecta de forma negativa la práctica de la lactancia materna en México y muchos otros países. La PIL se puede asociar con factores socioemocionales y también con factores de riesgo biológicos incluidos el estrés y la obesidad materna. Para prevenir la PIL es fundamental que las madres reciban educación y apoyo con la lactancia materna y que sean preparadas desde el embarazo en lo que pueden esperar en cuanto a las fases de producción de leche materna desde el momento que nace el bebé. Iniciativas como la del

Hospital Amigo de los Niños de la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, así como el monitoreo y cumplimiento del Código Mundial de Mercadeo de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS y la formación de recursos humanos capacitados en el manejo de la lactancia materna son pasos fundamentales que México puede dar para prevenir y manejar la PIL y de esta manera remover uno de los obstáculos más grandes para mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva en el país.

5. POLÍTICAS PÚBLICAS EN TORNO A LA LACTANCIA EN MÉXICO.

La política de apoyo a la lactancia materna en esta área se basa en varios aspectos fundamentales:

- 1) Libre acceso de las madres a los sectores de internación. Con esto se logra:
 - Disminuir la interferencia en la relación madre - hijo, promoviendo la interacción y favoreciendo el apego.
 - Brindar información adecuada y oportuna.
 - Estimular la lactancia materna.

- 2) Normas de alimentación de los recién nacidos internados.

Los recién nacidos internados no deben recibir ningún alimento o bebida que no sea leche materna, a menos que esté médicamente indicado. Los recién nacidos internados que reciban alimentación oral recibirán pecho o leche extraída de su propia madre.

En los niños que no puedan alimentarse por succión, deberá estimularse la misma mientras se lo alimenta por sonda nasogástrica u orogástrica. Si el estado clínico del bebé lo permite, esta estimulación se realizará, preferentemente, colocándolo a succionar el pecho materno previamente vaciado con bomba.

Toda vez que el bebé pueda ser colocado en brazos de su madre, se favorecerá el contacto piel a piel y la succión del pecho. No se recomienda emplear biberones

para la alimentación de los recién nacidos internados. Se procurará, siempre que sea posible, pasar directamente de la sonda al pecho, o emplear métodos alternativos (vasitos, jeringas de 1 cc. goteros, etc.) que no dificulten luego el aprendizaje del amamantamiento.

En los casos de ictericia neonatal que requieran internación para luminoterapia, no se suspende la alimentación a pecho. Se indica aumentar la frecuencia de mamadas y no complementar con agua ni dextrosa. Las excepciones a esta norma requieren orden médica escrita.

Todo el personal de las Unidades de Neonatología debe estar capacitado y motivado para poder enseñar y apoyar a las madres a poner en práctica la lactancia en las condiciones particulares de la internación neonatal. Deben conocer las características propias de los recién nacidos prematuros y las técnicas más adecuadas para estimularlos en el aprendizaje de la lactancia materna.

3) Facilidad de alojamiento.

Tiene como objetivo:

- Facilitar la permanencia de las madres junto a sus hijos recién nacidos internados.
- Estimular la extracción frecuente de leche como recurso para mantener la lactancia.
- Realizar acciones de contención emocional y educación para la salud.

La Institución no dispone de un sector de Residencia para madres, dentro o próxima al establecimiento. Por esta razón se implementaron visitas prolongadas, extracción de leche en domicilio. El Servicio posee una sala de padres exclusiva para los que tienen sus hijos internados en neonatología. Semanalmente se realizan reuniones con los padres de los bebés internados en UCIN. De la misma participan: Neonatólogos y Psicólogos del Servicio.

4) Lactario de leche humana (L.L.H.)

Su finalidad es asegurar la provisión de calostro y leche humana para la alimentación de recién nacidos prematuros o patológicos mientras no pueden ser amamantados, utilizando normas y procedimientos que aseguren la asepsia. La institución cuenta con 8 bombas extractoras eléctricas y 2 portátiles.

5.1. MODELO DE ENGRANAJE PARA UN SISTEMA EXITOSO DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA.

La promoción de la lactancia materna (LM) es una probada intervención costo-efectiva, sin embargo modelos y marcos conceptuales basados en evidencia para el escalamiento y la sustentabilidad de programas son aún escasos en la literatura. Aquí se presentan los componentes de un modelo parsimonioso de engranajes para lactancia materna. El modelo indica la necesidad de varios tipos de “engranajes” que trabajan en sincronía y coordinación. Por tanto, el modelo de engranajes ayuda a explicar los diferentes niveles de ejecución para escalar programas nacionales sobre lactancia materna en países de medianos y bajos ingresos, como México.

Los programas nacionales de lactancia materna (LM) son como una maquinaria compleja que requiere del buen diseño, funcionamiento, manutención y coordinación de un sistema de engranajes intersectoriales que interaccionan entre si desde el nivel municipal hasta el nacional. Esta es la base conceptual del modelo de engranajes de LM que puede ayudar a orientar una nueva era de programas de protección, promoción y apoyo a la LM en México. El cabildeo basado en evidencia es esencial para generar la voluntad política que genere y empuje la legislación necesaria para proteger la LM. Esta legislación es necesaria, por ejemplo, para proteger el derecho de las madres trabajadoras a amamantar a sus bebés a través de permiso de maternidad remunerado y/o descansos durante el día de trabajo para amamantar o sacarse leche. También es necesaria para proteger a las madres que desean amamantar de la propaganda comercial sin ética de las compañías de fórmula a través de la reglamentación y el cumplimiento con el Código de promoción ética de los sucedáneos de la leche materna emitido y ratificado por la Organización Mundial de la Salud. La legislación también es

crucial para poder contar con los recursos financieros y para formar la fuerza de trabajo y sostener la infraestructura necesaria para la implementación de los programas efectivos de apoyo a la LM a nivel hospitalario (p. ej., Iniciativa Hospital Amigo del Niño) y comunitario incluidos las clínicas de atención primaria de salud y

los lugares de empleo. Políticas públicas en torno a la lactancia en México: Modelo de engranaje para un sistema exitoso de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna Academia Nacional de Medicina de México Para mantener el ímpetu de los programas nacionales también es necesario promover la LM a través de medios masivos de comunicación y eventos populares, como la semana mundial de la LM, que faciliten la participación de la sociedad civil, incluidas organizaciones profesionales, dentro de un marco de mercadeo social. La investigación operativa es fundamental para poder comprender como están funcionando los distintos engranajes de la maquinaria del programa nacional de LM a nivel individual y en su conjunto Por último, la maquinaria del programa necesita un engranaje maestro que permita establecer y monitorear metas, y coordinar tanto la comunicación como el esfuerzo conjunto entre los engranajes periféricos. Para conseguir esto se necesita tener sistemas eficientes de monitoreo y evaluación que permitan descentralizar la toma de decisiones desde el nivel municipal hasta el nacional de forma oportuna.

5.2. ÁMBITOS EN LA ENSEÑANZA DE LA LACTANCIA EN MÉXICO.

Los profesionales de la salud en contacto con mujeres en periodo de gestación y durante los primeros meses de vida del recién nacido tienen un papel fundamental en la promoción de la lactancia materna. Al no contar con la capacitación práctica necesaria para fomentar y dirigir la lactancia, es probable que muchas mujeres la desatiendan y utilicen sustitutos de la leche materna para alimentar a sus hijos. En los programas de estudio de médicos, enfermeras, personal obstétrico y parteras no impera la concientización de las técnicas de consejería ni el apoyo a la

lactancia materna, y a menudo el tema no forma parte del currículo. Por ende, se debe reforzar la capacitación y la formación de los profesionales de la salud durante sus estudios y en servicio. El Instituto Nacional de Salud Pública pone en marcha una estrategia de capacitación a gran escala para el personal de salud de primer nivel en servicio: “Aprendiendo lactancia materna y amamantamiento”, un curso virtual abierto con cobertura a nivel nacional. El fundamento pedagógico-educativo de este curso es el enfoque constructivista basado en un modelo educativo por competencias. Su objetivo general es proporcionar herramientas para que los profesionales obtengan conocimientos, habilidades y actitudes para orientar a las mujeres en torno a las prácticas apropiadas de iniciación, establecimiento y mantenimiento de lactancia materna y amamantamiento. Sólo con una fuerza de trabajo en salud competente, conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna, habilidades para comunicar a las madres y apoyarlas para una lactancia efectiva, así como la disposición correcta y entusiasta para la promoción de la lactancia será posible revertir la tendencia de abandono de dicha práctica y conseguir un ambiente más propicio para el sano desarrollo de la población.

Lactancia materna en México El apoyo positivo, con conocimiento apropiado de los profesionales de la salud en contacto con mujeres embarazadas y durante el periodo de lactancia materna (LM), aumenta la incidencia, duración y exclusividad de la misma. Es por ello que deben estar capacitados y formados con el fin de transmitir a los padres la información necesaria para que implementen y sigan de forma correcta las prácticas de LM.¹ El presente capítulo describe la experiencia del Instituto Nacional de Salud Pública en el desarrollo de una estrategia de capacitación para el personal de salud que tiene una responsabilidad trascendental para el éxito y la promoción de la LM, ya que establece contacto con las mujeres que se encuentran en momentos críticos para la iniciación de la práctica. Si el personal de salud carece de la capacitación práctica necesaria para fomentar y dirigir la lactancia es probable que las mujeres la abandonen y recurran a los sucedáneos de la leche materna. La concientización de las técnicas de consejería y el apoyo a la LM no prepondera en el currículo de médicos,

enfermeras, personal obstétrico y parteras. No se puede esperar que aquellos que no han recibido formación en atención a la lactancia puedan ofrecer a las madres orientación eficaz y asesoramiento. Es por ese motivo que se debe reforzar la capacitación y formación de los profesionales de la salud durante sus estudios y en servicio. Es indispensable revisar y desarrollar un currículo que incluya la temática de la LM y fundamentar la existencia de cursos basados en evidencia para ofertarlos a todos los profesionales del primer nivel, en especial a aquellos en contacto con las madres y los hijos recién nacidos. El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), consciente de la necesidad apremiante de elevar los índices de la práctica de la LM en México, pone en marcha una estrategia de capacitación a gran escala para el personal de salud en servicio. “Aprendiendo lactancia materna y amamantamiento” es un curso virtual para el personal de salud de primer nivel diseñado, producido y avalado por expertos del INSP. Tiene ocho módulos con contenidos basados en evidencia científica y principios y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. El objetivo general del curso es proporcionar herramientas para que los profesionales obtengan conocimientos, habilidades y actitudes con el fin de brindar una adecuada orientación a las mujeres durante el proceso de LM y amamantamiento. El curso aborda información relevante acerca del panorama mundial de la LM, los mecanismos de producción y mantenimiento de la leche materna, sus beneficios tanto para la madre como para el hijo, la protección, promoción y apoyo de la LM en el sistema y los establecimientos de salud, así como los indicadores para evaluar sus prácticas en la población. Se hace énfasis en las recomendaciones generales y técnicas puntuales de consejería desde el inicio de la LM para lograr su establecimiento y alcanzar una práctica de amamantamiento exitosa. Se incluyen también las barreras frecuentes que impiden una práctica adecuada y las excepciones por razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. Se incluye también consejería para lograr la LM en situaciones especiales con niños que presentan bajo peso al nacer o para madres con sobrepeso. Academia Nacional de Medicina de México. Al considerar que la OMS recomienda LM exclusiva durante los primeros meses de vida del niño y LM con alimentación complementaria de los 6

hasta los 24 meses o más si niño o madre lo desean, el curso “Aprendiendo lactancia y amamantamiento” aborda también contenido esencial de la alimentación complementaria y para la suplementación de micronutrientes. Este finaliza con la importancia del monitoreo del crecimiento del niño. Es importante resaltar que, aunque es significativo aumentar los conocimientos sobre el tema en los profesionales de la salud, es indispensable proveerlos de habilidades para llevar los conocimientos a la práctica y cambiar las actitudes que constituyen un obstáculo para la promoción de la lactancia.⁴ Propuestas formativas como la antes descrita de educación continua y permanente para los profesionales de salud son indispensables, pero no suficientes. El tema de la lactancia debe estar incluido en los planes de estudio de todas las áreas de la salud como unidad de aprendizaje fundamental e indispensable.

5.3. ABOGACÍA.

La abogacía (o cabildeo) basada en evidencia es fundamental para generar la voluntad política necesaria para empujar y facilitar legislación y políticas para proteger, promover y apoyar la lactancia materna en todos los niveles (hospitalario, comunitario, laboral, etc.) Asociaciones civiles mexicanas y políticos del país están jugando un papel muy importante en la promoción de la lactancia materna entre los sectores público y privado, de gobierno y la sociedad civil.

La abogacía o promoción de la causa se utiliza para avanzar en las políticas y los Cambios institucionales que apoyen programas con miras a favorecer la salud. Su importancia radica en que se encarga de recalcar las funciones gubernamentales y Academia Nacional de Medicina de México facultar a los sectores involucrados para actuar de manera colaborativa, de modo tal que se permita el abordaje del problema de salud (en este caso del abandono de la lactancia materna) de forma conjunta. De acuerdo con lo que proponen Pérez Escamilla y colaboradores,¹ la abogacía (o cabildeo) basada en evidencia es fundamental para generar la voluntad política necesaria para empujar y facilitar legislación y políticas para

proteger, promover y apoyar la lactancia materna en todos los niveles (hospitalario, comunitario, laboral, etc.). En este capítulo se presentan algunos ejemplos de cómo la abogacía ha permitido generar la voluntad política para promover que el tema de LM se incluya en la agenda, así como las tareas pendientes en las que la abogacía tendrá un papel fundamental.

Monitoreo y vigilancia estrecha de las políticas

El intento de sustituir la leche materna por sucedáneos forma parte de políticas públicas en México, lo cual se demuestra con las leyes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), artículo 94,2 y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), artículo 38,3 que comprometen al estado a dar “la ayuda en especie”; de ahí la necesidad de hacer abogacía para lograr retomar el sentido común en lo que mejor conviene a la niñez, que es alimentarla con leche materna. Ante esta situación era necesario armonizar leyes, lo que ya inicio con la reforma a la *Ley general de salud*, para que las autoridades comiencen a resolver esta situación de inequidad en relación con el fomento y la promoción de la lactancia materna en México. Pero cambiar leyes no es suficiente, ahora es necesaria la adecuación de los reglamentos de las secretarías de Salud, del Trabajo y Previsión social, así como del IMSS e ISSSTE. Este cambio va en camino con abogacía en dichas instancias; el fin es lograr aplicar en la práctica los cambios de las leyes correspondientes en relación con el fomento y la promoción a la lactancia materna. Para lograr lo antes mencionado es indispensable que exista un consejo interinstitucional para que se vigilen las políticas a favor de la lactancia materna y se mantenga su sustentabilidad. Asimismo es fundamental la asignación de recursos etiquetados (con una tasa de retorno efectiva) para el fomento y la promoción de la lactancia materna en toda la población de México. La solución definitiva es garantizar el derecho a que toda mujer que es madre tenga la oportunidad de alimentar a su bebe los primeros meses de vida a través de la lactancia materna exclusiva. El tiempo demostrara el impacto de estas acciones en los ahorros en mejoría de la nutrición, prevención de enfermedades infecciosas

y no transmisibles, así como en el incremento de la productividad⁵ de las empresas donde laboren las madres. Lactancia materna en México

Alianzas y estrategias con sectores y actores clave

Un Kilo de Ayuda es una asociación civil que busca erradicar la desnutrición infantil y lograr que México sea un país que garantice las condiciones para el desarrollo infantil temprano. El primer paso para el cumplimiento de esos propósitos es incrementar la prevalencia nacional de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Para lograrlo, Un Kilo de Ayuda ha establecido alianzas estratégicas con actores que comparten esta preocupación – como el Instituto Nacional de Salud Pública y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia en México– y dio inicio a una estrategia de visibilizarían con el propósito de hacer de la lactancia materna un tema prioritario dentro de la agenda sistémica y la agenda pública. Entre las acciones comprendidas dentro de la estrategia está la realización anual de foros nacionales de lactancia que convocan a expertos y responsables de política pública de México y el mundo; la publicación de desplegados dirigidos a tomadores de decisión con llamados específicos; e innumerables reuniones con tomadores de decisión. Desde que se empezó este esfuerzo ha habido importantes logros, todos ellos aparejados de nuevos e insoslayables retos: la realización de campañas de comunicación que pusieron el tema en la agenda –pero no estaban basadas en un buen diagnóstico–; el lanzamiento el año pasado de la Estrategia Nacional de Lactancia Materna por parte de la Secretaria de Salud –que requiere una suficiente asignación presupuestal–; y el anuncio por parte de la Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud de que la meta del sexenio es lograr 28% de prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses –cuyo logro no se podrá monitorear sino hasta 2018 por la falta de datos de medio término.

Distintivo Código L

La responsabilidad social empresarial (RSE) es un recurso subutilizado en los esfuerzos por mejorar la lactancia materna en el ámbito laboral en México. A

través de múltiples reuniones con compañías se ha podido observar que algunas empresas socialmente responsables (ESR) han descubierto que la lactancia materna es una poderosa causa social para legitimar su compromiso de responsabilidad social ante sus grupos de interés, y en especial con sus empleadas, y por ello van más allá de lo que exige la Ley en su apoyo por la lactancia materna. En algunos casos estas acciones consisten en políticas internas y procedimientos escritos, formación de comités pro lactancia, celebración de la semana por la lactancia, al igual que capacitación a empleados y sus familias en temáticas alusivas a la lactancia materna.

5.4. VOLUNTAD POLÍTICA.

En México, ante el panorama del abandono de las prácticas de lactancia materna (LM) y la baja cobertura de acciones de protección de LM por parte del sector salud, en 2014 la Secretaría de Salud impulsa la reforma a la *Ley general de salud* en donde se estipula la obligatoriedad de acciones que contribuyan a incrementar la duración y el apego a la LM (p. ej., Iniciativa Hospital Amigo del Niño [IHAN], capacitación del personal de salud, etc.). Así, surge la Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM), cuyo objetivo se basa en incrementar la LM desde el nacimiento hasta los 2 años de edad. Las metas propuestas para 2018 giran en torno a acreditar como IHAN a 30% de servicios obstétricos y 25% en centros de primer nivel de atención; capacitación de personal de salud en 80%, incrementar salas de lactancia en centros de trabajo e impulsar la red nacional de bancos de leche humana. Estrategia de la lactancia de la Secretaría de Salud

En México la lactancia materna (LM) ha sufrido descensos importantes en los últimos años. En el contexto urbano se presentan porcentajes menores a la media nacional en lactancia materna exclusiva (LME) (14.4 vs. 12.7%, porcentaje de la media nacional y en el área urbana, respectivamente), lactancia materna predominante (LMP) < 6 meses (25.0 vs. 22.7%) y lactancia continuada al año de

Edad (35.5 vs. 31.1%). Un escenario similar de descensos se presenta en mujeres Trabajadoras con prevalencias de 10.8% de LME, 21.3% de LMP y 21.3% de LM al año de edad. Lactancia materna en México Por otra parte, las encuestas nacionales indican que solo 38.3% de los recién nacidos son puestos al seno materno en la primera hora de vida, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que debe ser 100%. Las madres indican que la principal razón para no haber amamantado a su bebé es su percepción de no tener leche (37.4%), su enfermedad (13.7%) o que su hijo recién nacido no quiso el pecho (11.4%).¹ Ante este panorama, a partir del 2012 la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) apoyo la instalación de 19 bancos de leche humana (BLH) en 17 diferentes entidades federativas de todo el país.² Con estas acciones México se suma a los países que ya han iniciado la adopción de la estrategia acreditada por la OMS como una de las más eficaces para disminuir la mortalidad infantil,³ aunque la cobertura es aun baja. Por otra parte, para el 2014 la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña (IHAN) solo se encontró presente en 5% de los 1 097 hospitales que brindan atención obstétrica en clínicas de la Secretaría de Salud, el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) e IMSS Oportunidades (ahora Programa de Inclusión Social Prospera).⁴ Cabe mencionar que en la actualidad también se trabaja la Norma Oficial Mexicana para la Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna y que esta próxima a ser publicada. En este contexto se crea la Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM) 2014-2018, cuyo objetivo general radica en incrementar el número de niñas y niños que son alimentados con leche materna desde su nacimiento y hasta los 2 años de edad. Esta estrategia tiene como objetivos específicos: a) posicionar el Academia Nacional de Medicina de México tema de LM en la agenda; b) fortalecer las competencias institucionales respecto a LM; c) impulsar la participación de la iniciativa privada; d) el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la LM; e) fomentar el amamantamiento en Cruzada contra el Hambre en todo México, y f) formación y capacitación en LM a profesionales de la salud. Con base en lo antes expuesto, las metas propuestas}

para el 2018 giran en torno a incrementar la nominación del IHAN en al menos 30% en las unidades con atención obstétrica en todo el país; alcanzar la nominación de “Centro de Salud Amigo del Niño y la Niña” en al menos 25% en el primer nivel de atención en salud, lo que se traduce en un total de 13 457 unidades; capacitar en LM a 80% del personal de salud del Sistema nacional de salud y los Centros de Desarrollo Infantil; gestionar para la implementación de salas de lactancia en centros de trabajo en colaboración con el IMSS, y crear la Red Nacional de Bancos de Leche Humana, integrada por lo menos de 60 bancos y 250 lactarios hospitalarios. Los indicadores propuestos para medir la magnitud de las metas alcanzadas son: el porcentaje de niños que son alimentados de manera exclusiva con leche humana desde su nacimiento hasta los 6 meses de edad; presupuesto institucional destinado a la adquisición de latas de fórmula de inicio y de seguimiento adquiridas por año en las instituciones de atención obstétrica; porcentaje de personal capacitado en lactancia materna (en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, en formación y en Centros de Desarrollo Infantil, Cendi), y proporción de hospitales y unidades de primer nivel con la nominación “Amigo del Niño y la Niña”.

El deterioro en las prácticas de lactancia en México llama a la acción para apoyar, Promover y fomentar la lactancia materna en el país. En este contexto la Secretaría de Salud crea la Estrategia Nacional de Lactancia Materna (ENLM) 2014-2018, con el objetivo de aumentar el número de niños que reciban leche materna desde su nacimiento hasta los 2 años de edad. Dicha estrategia contiene acciones en diferentes niveles, que van desde colocar el tema de la lactancia materna en la agenda, fortalecer acciones que ya estaban en marcha pero cuya evaluación y monitoreo era nulo (p. ej., IHAN, Código Internacional de comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna), formación y capacitación de los profesionales de la salud, hasta aumentar el amamantamiento en programas existentes. La ENLM tiene metas e indicadores claros para medir su impacto como porcentaje de niños y niñas que son alimentados de forma exclusiva con leche materna, entre otras.

5.5. LEGISLACIÓN EN TORNO A LA LACTANCIA. NORMAS, LEYES Y VACÍOS LEGALES EN EL APOYO A LA LACTANCIA.

En este apartado se analizan algunos aspectos relativos a la regulación de la lactancia materna desde la perspectiva de los ámbitos laboral, de publicidad, etiquetado de alimentos y hospitalario como piezas angulares del derecho a la protección de la salud en relación con la práctica y el fomento de la lactancia materna. El objetivo de este análisis es determinar si los incentivos de la regulación, en los distintos ámbitos, son los adecuados y conocidos por los sujetos involucrados en la problemática para lograr el cumplimiento del derecho a la protección de la salud de las madres y los menores en periodo de lactancia. Al identificar los incentivos y desincentivos que tienen los sujetos regulados se espera que las autoridades competentes puedan establecer un adecuado balance entre los intereses individuales (ente regulador) con los de la salud pública, dirigidos a preservar y mantener la salud de los lactantes y sus madres para lograr el aumento en la práctica de este importante método de alimentación. Los efectos positivos derivados de la práctica de la lactancia materna tienen consecuencias importantes en los derechos a la protección de la salud del niño y de la madre, así como en las economías familiares y del sistema de salud. Sin embargo, el decremento en la prevalencia de la lactancia materna en todas sus modalidades conlleva efectos negativos en la salud de la madre y el lactante. Desde la década de 1970 organismos internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han trabajado en la mejora de los índices de lactancia. En la resolución WHA27.432 se trató por primera vez la importancia del papel de los gobiernos en el incremento de las tasas de lactancia, sin embargo fue el 21 de mayo de 1981 que se adoptó en la 34a Asamblea Mundial de la Salud el Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna. A raíz de estos esfuerzos, sumados con los de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), México comenzó a realizar cambios al marco regulatorio y de política pública hasta lograr la creación del comité Nacional de Lactancia Materna en 1995, mismo que sufrió cambios importantes desde su

establecimiento hasta culminar con su desaparición al ser incorporado al comité Nacional del Programa de Arranque Parejo en la Vida. Las acciones anteriores tenían como objetivo brindar, entre otras cosas, mayores oportunidades a las madres para lactar, así como dotar a la población de la información necesaria que fomentara los métodos de alimentación natural. Es importante mencionar que diversos estudios indican que la creación de leyes promotoras de la lactancia materna está relacionada con un incremento en Academia Nacional de Medicina de México las tasas de prevalencia de su práctica. Al respecto, en México el marco legislativo laboral y de seguridad social, así como de publicidad y etiquetado de alimentos, han sido reformados para contribuir al objetivo de salud pública aquí tratado. Cabe resaltar la importancia de las recientes reformas publicadas en el *Diario oficial de la Federación* el 2 de abril de 2014.⁷ En dicho decreto se adicionaron y reformaron diversas disposiciones de seis leyes federales, generales y de los institutos de seguridad social, con el objetivo de, entre otras cosas, incentivar que la leche materna sea el alimento exclusivo durante 6 meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida. A pesar de la importancia de las reformas mencionadas en el párrafo anterior es necesario destacar que en el diseño, rediseño o revisión de las normas en materia de lactancia se deben analizar ciertos elementos que tienen injerencia directa en la efectividad de las mismas. En este breve apartado se propone resaltar la identificación de los incentivos y desincentivos que tienen los sujetos regulados para cumplir con la norma. Esta identificación ayudara a las autoridades competentes a balancear los intereses individuales y de salud pública de tal manera que coadyuven, mediante los instrumentos normativos pertinentes, a lograr el fomento de la lactancia materna en México. Para lograr este enfoque se hará énfasis en los siguientes ámbitos normativos: laboral, de publicidad, etiquetado de alimentos y hospitalario.

Ámbito laboral

La Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, la *Ley federal del trabajo*, las leyes de los Institutos de Seguridad Social, las Normas mexicanas, entre otras, se

han reformado para proteger a las madres lactantes en el ámbito laboral.⁸ Dicho objetivo ha buscado generar mayores incentivos para que las mujeres trabajadoras practiquen la lactancia materna a través de la creación de descansos para lactar o reducción de la jornada laboral, licencia de maternidad, y la obligación del empleador de brindar a las madres un lugar higiénico para alimentar a sus hijos o realiza la extracción de leche.⁸ No obstante las provisiones legislativas y regulatorias antes descritas, es bien sabido que el incumplimiento y la falta de aplicación de la sanción o, en el caso de las normas mexicanas, de una carencia de sanción funcionan en detrimento del objetivo de la norma. En resumen, en materia laboral los empleadores tienen la obligación de dotar a las madres de los medios respectivos para que estas puedan gozar de los derechos que la legislación les otorga. En este sentido es importante recordar la existencia de incentivos y desincentivos para el cumplimiento de los preceptos normativos. Los empleadores pueden tener como incentivos para cumplir con la norma una posible imposición de una sanción, responsabilidad social empresarial, la idea de aumentar la productividad de la madre, de contribuir a la igualdad laboral, o de reducir el ausentismo laboral si los empleadores tienen conocimiento de la relación que existe entre la práctica de la lactancia y la menor incidencia de enfermedades en el Lactancia materna en México recién nacido. Sin embargo, dichos incentivos conllevan costos para el empleador, como aquel inherente a la licencia por maternidad, de los descansos para lactar o la reducción de la jornada laboral, de la adaptación de los espacios para lactar o los costos administrativos de las licencias, entre otros. De lo anterior se puede concluir que el constante incumplimiento de la legislación en materia laboral para beneficio de la lactancia materna evidencia que para el sujeto regulado el costo de cumplir con estas normas pareciera ser mayor que el beneficio que su cumplimiento le genera. Es decir, parecería que el empleador mexicano no cuenta con la información cuantitativa y cualitativa que le indique que mediante el estricto cumplimiento de las normas tendría beneficios de salud para sus empleadas e hijos lo cual se traduciría en rendimientos económicos positivos.

Ámbito de publicidad y etiquetado de alimentos

La legislación en materia de publicidad y etiquetado de alimentos esta prevista en normas como la *Ley general de salud*, el Reglamento de la *Ley general de salud en materia de publicidad*, el Reglamento de Control sanitario de productos y servicios y las Normas oficiales mexicanas.⁹ En este caso los sujetos regulados son las empresas productoras de sucedáneos de la leche materna o de alimentos para lactantes. En esta materia los incentivos de la industria para cumplir con la norma incluyen la probable publicidad positiva a las empresas que fomentan la lactancia materna o la posible imposición de una sanción. Al respecto, los desincentivos más frecuentes que las empresas tienen para cumplir con las normas de publicidad y etiquetado de alimentos incluyen los costos asociados con los cambios del empaquetado y las técnicas de mercadotecnia, pero sobre todo los de las probables bajas en las ventas que acarrearía el cumplimiento cabal de la normatividad. Diversas investigaciones dan cuenta de dichos incumplimientos alrededor del mundo. Por otro lado, es importante notar el papel que desempeñan las sanciones impuestas por la regulación en el ámbito de publicidad y etiquetado en los beneficios de las empresas, ya que en muchas ocasiones resulta más rentable ser sancionados que evitar dichas sanciones con una disminución en sus ventas como consecuencia. En este sentido es importante hacer del conocimiento de los tomadores de decisión que existen varios derechos relacionados con el etiquetado y la publicidad de los sucedáneos de la leche materna. Por ejemplo, el derecho a la información de la madre, el cual debe ser garantizado mediante un etiquetado veraz y de fácil comprensión; el derecho a tener publicidad no engañosa que perfile a los sucedáneos como superiores a la lactancia materna para el grupo poblacional de 0 a 2 años de edad; el derecho a la alimentación adecuada y de calidad del lactante, y el derecho a la protección de la salud de la madre y del lactante. Academia Nacional de Medicina de México

Ámbito hospitalario

Por ámbito hospitalario se entienden todas aquellas actividades que engloban a la

Comunidad médica dentro y fuera de un establecimiento de salud. En este sentido las Normas oficiales mexicanas prohíben de manera puntual la distribución gratuita de sucedáneos, la publicidad dentro del establecimiento de salud, entre otras actividades. En este ámbito los incentivos de las empresas productoras de sucedáneos para incumplir con la norma parecieran ser mayores que los incentivos para cumplirlas. Por ejemplo, el incentivo primordial para cumplir con las normas que controlan la distribución y publicidad de sucedáneos dentro de los establecimientos de salud está relacionado con la responsabilidad social de la empresa productora o con la posible aplicación de una sanción. Sin embargo, en el caso mexicano las sanciones no son proporcionales a las ganancias que las empresas generan con el incumplimiento y en pocos casos el sector productor de sucedáneos tiene un sentido de responsabilidad social que se encuentre enfocado en promover la lactancia materna. Para los médicos el desincentivo para cumplir con la norma puede llegar a implicar posibles beneficios como resultado de su colaboración con las empresas productoras de sucedáneos; sin embargo el mayor incentivo de los médicos para cumplir con estas normas es el bienestar de la salud de sus pacientes a mediano y largo plazos. En la elaboración de normas que incrementen los incentivos para que dentro del ámbito hospitalario se promueva la lactancia materna se debe tener en cuenta el derecho a la salud de las madres y los lactantes, así como el derecho a la información del paciente, la cual debe ser veraz, oportuna y no tener sesgos creados por intereses individuales. Para lograr una mayor efectividad de las normas en materia de lactancia estas deben ser creadas al tomar en cuenta los incentivos y desincentivos de cada uno de los sujetos involucrados. La regulación, ya sea en su diseño, rediseño o revisiones, debe balancear los incentivos con el objetivo de maximizar el resultado esperado por el objetivo de salud pública que la regulación persigue. Se considera fundamental el trabajo interdisciplinario entre los especialistas de la salud pública, los legisladores y los tomadores de decisión, así como balancear de manera adecuada tales incentivos en la legislación con el fin de lograr el cumplimiento de los mismos y los resultados esperados en el corto, mediano y largo plazos para la salud de las madres y los lactantes.

5.6. LACTANCIA Y EMPLEO.

El abandono precoz de la lactancia materna (LM) se asocia con el retorno de la mujer al ámbito laboral, circunstancia que se ha duplicado en los últimos cuatro decenios (de 19 a 38%). No obstante, es un derecho de la mujer beneficiar su salud con la práctica de la LM; a la vez que representa una inversión de desarrollo sostenible, ya que por cada dólar invertido en programas de apoyo para LM el retorno es de 3 dólares en promedio. Esto último a través de la reducción de ausentismo laboral, menores gastos en servicios de salud (medicamentos y hospitalizaciones), mayor sentido de pertenencia y mejores niveles de salud. Empleadores que favorezcan la promoción y el mantenimiento de la LM, además de que brinden información respecto al almacenamiento y manejo de la extracción de la leche contribuirán a aumentar las tasas de práctica de LM en México y fomentarán una cultura laboral al igual que una imagen favorable ante organizaciones civiles, gubernamentales y distintos organismos internacionales. Cada año nacen 135 millones de niños, pero solo 42% (57 millones) de los recién nacidos recibe leche materna durante la primera hora de vida, 39% es alimentado con lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y 58% continúa con lactancia materna a los 2 años de edad. Cada año más de 800 000 muertes en menores de 5 años de edad son atribuibles a una alimentación su óptima en todo el mundo. La lactancia materna (LM) provee la nutrición ideal para el lactante y es la norma fisiológica para madres e hijos. Los beneficios para él bebe, para las mujeres, su familia y la sociedad son bien reconocidos. Existen múltiples factores que favorecen el abandono precoz de esta práctica, entre ellos la promoción inadecuada y agresiva de las formulas infantiles a una población vulnerable y el retorno de la mujer al ámbito laboral, circunstancias fundamentales y altamente transformables. Durante los últimos cuatro decenios la participación de las mujeres en el trabajo extra domestico prácticamente se ha duplicado, pues ha pasado de 19% en 1970 a 38% en 2013.³ Debido al poco apoyo que existe en México en políticas que respalden practicas adecuadas de lactancia, muchas mujeres no

tienen otra opción más que dejar de amamantar de manera temprana, e incluso en ocasiones ni siquiera inician la lactancia por temor a tener que abandonarla más adelante cuando se reincorporen al trabajo, formal o no. Las mujeres como los hombres no deberían ser forzadas a escoger entre su salud o la de sus hijos y su independencia económica. Cuando a una mujer se le brinda información adecuada acerca de los beneficios de la lactancia materna, guía para un adecuado inicio y apoyo para continuarla, la mayoría tiende a amamantar. Es un derecho de las mujeres gozar de salud integral a lo largo de todo su ciclo vital, es así un derecho humano universal. La salud integral responde a factores Academia Nacional de Medicina de México biopsicosociales y no cabe duda de que la lactancia es una etapa en la salud reproductiva de la mujer que le permite tener un mejor nivel de salud por lo que debe ser imprescindible su apoyo en este grupo vulnerable; asimismo debe considerarse un determinante clave del derecho a la salud y es la piedra angular del desarrollo sostenible. Está bien establecido que ofrecer tiempo para la lactancia en las mujeres trabajadoras es una de las políticas más importantes para facilitar a las mujeres continuar con su habilidad para amamantar. Además, favorece a las empresas al reducir el ausentismo de las mujeres por menos enfermedades en los hijos, menos gastos en medicamentos y hospitalizaciones, mujeres con mejores niveles de salud, con mayor sentido de pertenencia, entre otras, y además se ha encontrado un retorno a la inversión de 3 dólares por cada dólar invertido en estos programas de apoyo. El objetivo primordial es desarrollar una filosofía y una práctica del cuidado materno- infantil que fomente la lactancia materna, basadas en la fisiología normal que lleve al establecimiento de este proceso natural y apoyar a las familias con el inicio y desarrollo de una experiencia exitosa y satisfactoria. Cuando una mujer logra iniciar y establecer la lactancia materna exclusiva durante las primeras semanas de vida tiene una alta probabilidad de mantener la producción de leche aun cuando es necesaria la separación. La educación y el fomento de la LM por parte de los empleadores puede favorecer un incremento en las tasas en esta práctica, tan baja en México, en el que solo 14.4% continua amamantando de manera exclusiva a los 6 meses. La forma en como se establece el proceso de producción

de leche es al mantener un adecuado estímulo de succión, mediante la extracción eficiente (ya sea el bebé de manera directa o extraer la leche de forma regular durante la jornada de trabajo). Es un sistema que funciona directamente proporcional a la demanda. La leche que se extrae servirá para ser administrada a su hijo en donde haya quedado para ser cuidado y permite que continúe con la lactancia cuando no se encuentran juntos. En caso de no extraer la leche es frecuente que la producción disminuya, lo que provoca la introducción temprana de fórmulas infantiles que van mermando la capacidad de la mujer a producir suficiente leche. La causa más frecuente de abandonar la lactancia es la sensación de no tener suficiente leche. La leche humana almacenada mantiene sus cualidades únicas al grado de que sigue siendo el estándar de oro en alimentación infantil, superior a la alimentación artificial; por ello, todas las mujeres deben ser enseñadas en el método ideal, adaptado a sus necesidades. El conocimiento de cómo almacenar y manejar la leche materna de forma apropiada es esencial para el éxito de la misma. Todas las empleadas deben recibir información oportuna que les permita prepararse, y sobre todo favorecer los pasos que pueden fomentar una lactancia exitosa; entre ellos se destacan nacimiento por parto natural, colocación al pecho durante la primera hora de vida, favorecer el alojamiento conjunto, no dar ningún otro tipo de alimento diferente a la leche materna a menos que este medicamento indicado y permitir la alimentación a libre demanda. Cuando en un área de trabajo se le informa a la madre acerca de las situaciones que rodean la lactancia se permite establecer el mensaje de que será apoyada a su regreso. Todas las mujeres deben ser enseñadas en las técnicas de extracción, incluso desde el momento del nacimiento.¹⁰ Se debe crear una cultura amable con la lactancia y realizar un llamamiento a las empresas para facilitar la lactancia materna en los lugares de trabajo, haciéndoles ver los múltiples beneficios que estas prácticas conllevan. Es importante implantar medidas como la flexibilidad de horarios o poner a disposición de la mujer lactante salas adecuadas y sobre todo fomentar campañas educativas para que cada vez sean más mujeres trabajadoras las que gocen de estos beneficios.

5.7 ESTADO DE LOS PROGRAMAS DE APOYO A LA LACTANCIA EN MÉXICO: INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO.

Después de revisar los beneficios de la lactancia, y el poder que conlleva al bienestar humano y económico, falta revisar qué se hace en el medio clínico para apoyarla o, en el peor de los casos, desincentivarla. Es por ello que en este capítulo se hace referencia a la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), que surgió con la finalidad de mejorar la práctica de lactancia materna a nivel mundial. Es importante responder preguntas como, ¿qué aceptación tuvo en México? ¿Cuántos hospitales la iniciaron y continúan operando bajo lo que la iniciativa requiere? Al hablar en términos de cobertura se puede decir que en un bajo porcentaje se cubre con lo que un hospital debe tener y hacer para apegarse a la IHAN. Y ¿qué decir de los Centros de Salud Amigos del Niño (CSAN)? Es mucho lo que falta en este respecto. Por ello el INSP en su afán de evaluar la situación actual de manera objetiva recolectó información de manera visual y a través de encuestas para indagar el desempeño del sector salud en México en relación con la IHAN y los CSAN.

La Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) es un programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNICEF que surge a nivel mundial del interés en incrementar la lactancia materna a través de la promoción, protección y apoyo en los servicios de maternidad de los hospitales.^{1,2} Los objetivos de esta iniciativa son permitir a los padres la libre elección de cómo alimentar a sus hijos, el contacto precoz madre-hijo y el cumplimiento del Código de comercialización de los Sucedáneos de Leche Materna. El hospital que adquiere el reconocimiento internacional de Amigo de los Niños está demostrando la mejor calidad en la atención. Lo recomendando es descongelar la leche al colocarla en un recipiente con agua caliente; no se recomienda en microondas, ya que calienta de manera irregular y pierde algunas propiedades una vez que el niño comienza a tomar la leche extraída no debe almacenarse más de 1 a 2 h a

Temperatura ambiente Lactancia materna en México En el año 2012 se publicó en el *Diario oficial de la Federación (DOF)*³ el acuerdo para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica que se sujeten al procedimiento de Certificación del Consejo de Salubridad General. En sus ocho artículos base se explican las actividades que los servicios de salud federales y estatales, así como las dependencias de administración pública general, deben cumplir para fortalecer la política pública en materia de lactancia materna y justamente la base del establecimiento de estas directrices son la iniciativa de hospitales y centros de salud Amigos del Niño, el Código Internacional de comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, la atención amigable y los criterios de VIH/alimentación infantil. Ya se ha abordado en capítulos anteriores la situación epidemiológica de la lactancia materna en la década de 1990; sin embargo, no existe un reporte oficial sobre el estado en que se encontraba la IHAN, a pesar de que los hospitales se autoevalúan y además la Secretaría de Salud (SSA) realiza la evaluación externa a cargo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Iniciativa Centro de Salud Amigo del Niño

Aunada a la IHAN, existe la iniciativa Centro de Salud Amigo del Niño (CSAN) la cual propone reforzar en los centros de salud los pasos que se tienen en los hospitales. En este caso, para nominarse y acreditarse también se deben cumplir una serie de requisitos, similar a la IHAN.³ Esta estrategia es ideal para la promoción, la protección y el apoyo a la lactancia materna, y es la perfecta oportunidad para formar redes de apoyo antes y después del nacimiento de los niños. La implementación de esta estrategia ha evidenciado una mayor duración de la lactancia y menor morbilidad infantil.⁶ Los centros de salud en México ofrecen atención a población abierta, lo cual involucra todo tipo de nivel socioeconómico, creencias y diversas características culturales. Debido a que la mayoría de mujeres que atienden su embarazo en el centro de salud dan a luz en los hospitales de referencia, la IHAN aunada a CSAN son la oportunidad perfecta para que las mujeres puedan estar informadas, prepararse para su lactancia y

contar con la asesoría de personal ampliamente capacitado en lactancia materna. Asimismo, para el caso de mujeres que deciden no lactar dichas iniciativas también consideran en sus directrices brindar información oportuna para la adecuada alimentación de su bebe.

Situación de la certificación de hospitales en México dentro de la IHAN en el periodo 1993-1999

En México los hospitales comenzaron a certificarse en la iniciativa a partir de 1993. Con base en información de la Secretaria de Salud se tiene registrado que algunos hospitales incluso llegaron a recertificarse en ese mismo decenio.⁸ En ese entonces existía un comité de Lactancia Materna, el cual entre otros asuntos también monitoreaba la IHAN.

Evaluación del desempeño de la IHAN y los CSAN en México

Del 5 de agosto al 19 de octubre de 2012 el Instituto Nacional de Salud Publica realizo un estudio transversal⁹ con el fin de documentar la operación para la promoción y el apoyo de la lactancia materna en etapas prenatal, parto y posparto, otorgadas en una muestra representativa de unidades médicas de consulta externa y hospitalización de la SSA, el IMSS, el IMSS-Oportunidades y el ISSSTE, al emplear la información contenida en los Diez pasos y evaluar como ponen en práctica las recomendaciones de la Declaración conjunta de 1989 de OMS/UNICEF: Protección y apoyo de la lactancia materna y el cumplimiento del Código de comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna. Para cumplir con ello se desarrollaron preguntas cercanas o puntuales para captar información que permitiera evaluar el desempeño del personal de salud ante el proceso de lactancia materna desde el nacimiento en los tres niveles de atención. Dicho estudio tuvo una cobertura de los tres niveles de atención en una muestra de 893 unidades médicas, con un porcentaje de cobertura de 90.5% y un porcentaje de no respuesta de 9.5%, lo cual representa a 808 unidades médicas. Dentro del primer nivel en su mayoría fueron centros de salud. Esta muestra de unidades médicas representa de manera estadística a unidades de SSA, IMSS, IMSS-

Oportunidades e ISSSTE a nivel nacional. También se buscó la representatividad por área geográfica, reconociendo si las localidades de estudio eran rurales (< 2 500 habitantes), urbanas (≥ 1 500 y < 100 000 habitantes) o bien, metropolitanas (≥ 100 000 habitantes). La recolección de datos consistió, por un lado, en encuestas aplicadas a proveedores de los servicios de salud. Por otra parte, se realizó verificación visual y se registró en listas de cotejo. La información captada a través de encuestas se obtuvo a partir de diferentes actores según el tipo y nivel de unidad médica: director, médico tratante. Otros actores fueron el personal de jefatura de servicios involucrados en los programas de Atención materna y perinatal (Arranque Parejo en la Vida), Planificación familiar y anticoncepción, Salud sexual y reproductiva para adolescentes. Se obtuvo información sobre todo de unidades médicas de la región norte (54%), del área rural (58%) y del primer nivel de atención (95%). Se consiguió evaluar los Diez pasos en 107 hospitales y seis pasos en 282 Centros de salud (Cuadros 8.3 a 8.6). Se obtuvo información ante todo de las unidades médicas pertenecientes a la SSA (71%). Los resultados muestran un bajo cumplimiento con los pasos del único programa que apoya la lactancia, sobre todo en aquellos pasos en que se verifico de manera visual. Lactancia en México, sin embargo los resultados señalan áreas de oportunidad de fortalecimiento de los sistemas de salud en lactancia y sientan las bases para el desarrollo de recomendaciones para los servicios de salud. Realizar una evaluación de esta naturaleza resulta complejo debido a las limitaciones que se enfrentan. En este estudio las principales se atribuyen a la ausencia de informantes adecuados al momento de la visita, si se considera que se trata de un estudio transversal. Otros obstáculos son relativos a la dificultad para interactuar con áreas médicas para evaluación visual. A pesar de la uniformidad en reglamentos, procedimientos y estándares, cada unidad médica tiene su propia dinámica de trabajo y perfil profesional del personal experto en temas de lactancia; en algunas se trataba del médico pediatra, y en otras del personal de trabajo social o incluso pasantes de medicina. Academia Nacional de Medicina de México Los datos derivados de esta evaluación deben ser tomados con cautela dado que no fue posible aplicar los instrumentos recomendados por UNICEF para

evaluación externa debido al poco tiempo que se tuvo en cada unidad médica para la recolección de datos. Los resultados de esta evaluación sobre cómo se implementa la Iniciativa Hospital y Centro de Salud Amigo del Niño señalan importantes áreas de oportunidad en México. Una reflexión en relación con los hallazgos de esta evaluación es que en general aquellos puntos en los que se pudo corroborar el cumplimiento de un paso en particular, ya sea en centros o en hospitales, el porcentaje de cumplimiento fue considerablemente menor que el porcentaje de cumplimiento cuando este fue reportado por los informantes. Por esta razón los resultados de esta evaluación muestran una situación sesgada hacia lo positivo, además de dejar claro que una evaluación válida de la iniciativa debe realizarse por terceros, como las buenas prácticas de evaluación de programas señalan. En el medio hospitalario esta evaluación señala que la promoción y la difusión en los medios de comunicación en pro de la lactancia no se realizan como lo establece la Iniciativa; esto es, no hay promoción completa ni en todas las áreas en donde debe estar. Por ejemplo, en consulta externa, sitio en donde pasan largo rato las madres al esperar turno de atención (sitio crucial para la promoción) solo en menos de 25% de los hospitales se promueve la lactancia materna. Incluso esta promoción está prácticamente ausente en las áreas de medicina preventiva. Aun cuando la capacitación del personal se reporta como muy alta (más de 90%), la cobertura de la capacitación del personal de nuevo ingreso baja a . partes. Quizá lo más alarmante en términos de capacitación del personal es que el reporte respecto a su capacitación sobre el Código es bajo; más de la tercera parte no reporta ser entrenado en estos importantes conceptos para la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia materna. En los hospitales se reporta como una práctica común dar a los recién nacidos líquidos diferentes a la leche materna, como sueros glucosados o fórmula. Y por último, solo un tercio de los hospitales estudiados reporta contar con comités de madres Para apoyo de lactancia entre pares. En los Centros de Salud Amigos del Niño (CSAN) las condiciones de la Iniciativa son también relativamente pobres. Un tercio de los CSAN no cuenta con normas establecidas para el apoyo, la promoción o la protección de la lactancia; de hecho hay poco material impreso que

pueda darse a las madres en donde se indique que la recomendación para una salud óptima del bebé es que se le de lactancia exclusiva por 6 meses. Al igual que en los hospitales, la promoción de la lactancia por medio de afiches, mantas, bardas o similares es muy escasa. Y en un reflejo de lo que sucede, tanto a nivel nacional como en hospitales, los comités de lactancia materna en los centros de salud son casi inexistentes. En síntesis, esta evaluación nacional de la Iniciativa Hospital o Centros de Salud Amigos del Niño en México señala que su desempeño puede mejorar de forma importante. No es común que se cuente con una norma escrita, se cumpla con la Lactancia materna en México mayoría de los pasos, la lactancia se promueva en sitios clave, el personal conozca el Código, se ofrezca solo calostro o leche materna a los recién nacidos, o que haya un Comité de Lactancia que lidere, coordine y establezca metas y calendarios para el cumplimiento de la Iniciativa. Una revisión de los elementos del éxito de los programas eficientes de apoyo a la lactancia lo publicaron el doctor Pérez Escamilla y colaboradores.¹⁰ En esta revisión se indica que hay una serie de elementos que deben estar sucediendo de forma coordinada para que las prácticas de lactancia de un país o región sean eficaces. Estos elementos son: voluntad política, legislación en sitio, financiamiento y asignación de recursos para Las actividades, programas educativos y de entrenamiento, promoción, abogacía, investigación y evaluación; y como pieza principal de este sistema un Comité de Lactancia que lidere, coordine, financie, monitoree y someta a evaluación los planes y acciones. La Organización Mundial de la Salud, en conjunto con la UNICEF¹¹ señalan que: *“La obligación principal de los gobiernos es formular, aplicar, supervisar y evaluar una política nacional integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. Para que esa política tenga éxito, además del compromiso político al más alto nivel se requiere una coordinación nacional eficaz que asegure la colaboración plena de todos los organismos públicos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas. A tal efecto es necesario recabar y evaluar de forma continua la información relativa a las políticas y prácticas de alimentación. Los gobiernos regionales y locales también tienen un papel importante que desempeñar en la aplicación de esta estrategia.”*

Analizados desde este contexto, los hallazgos de la evaluación de la IHAN y de los CSAN señalan que en México hay avances en materia de protección, promoción y apoyo a la lactancia, pero que estos avances son incipientes. Sobre todo señalan el rol neurálgico de un comité de lactancia por medio de los efectos de su Ausencia. Aun cuando hay una importante cantidad de hospitales y centros de salud que se incorporan a la iniciativa amiga del niño, esta no puede escalar de forma relevante por falta de coordinación y financiamiento central. Estos resultados ofrecen evidencia sólida sobre la cual se pueden diseñar los planes de mejoramiento de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y los Centros de Salud Amigo del Niño.

5.8. LACTARIOS.

La práctica de la lactancia materna (LM) entre las mujeres trabajadoras representa una nueva plataforma para examinar y adecuar las políticas públicas destinadas a la protección materno-infantil en ámbitos diversos.¹ Las mujeres han conciliado históricamente la procreación, la crianza y la LM con el empleo remunerado, ya sea estructurado o intermitente, Academia Nacional de Medicina de México y para las madres trabajadoras la implementación de lactarios o estrategias amigables con la lactancia en sus ambientes de trabajo significa la posibilidad de crear y construir una nueva cultura de lactancia materna para ser desarrollada en sus diferentes ambientes y actividades. Dentro de este marco, investigar y conocer la evolución de los terrenos ocupacionales y las necesidades de la población de madres trabajadoras en México se ha convertido en tema institucional prioritario con propuestas como la creación de los denominados lactarios en sus lugares de trabajo. Es relevante reconocer que dicho análisis y las políticas públicas resultantes han comenzado a ser abordados desde las ciencias sociales, con propuestas más incluyentes que posibilitan el desarrollo integral de las mujeres en su diversidad y que facilitan la decisión y práctica de la LM en ámbitos laborales. Es ya reconocido que la significación y preferencia por ciertos alimentos, incluida

la leche humana, están determinadas más por su simbolización cultural que por su contenido bioquímico y/o nutricional. La leche humana y la propia práctica de la LM ofrecen beneficios que conjuntan un amplio espectro de factores biológicamente positivos de protección materno-infantil como el nutricional, preventivo de enfermedades degenerativas, de fomento a la capacidad de recuperación, de desarrollo visual, neurológico y emotivo y, desde un punto de vista social, las practicas establecidas para su consumo favorecen la adquisición de sabores, tradiciones y hábitos de alimentación construidos de manera cultural. Es por esto que para observar el proceso de la lactancia materna en cualquiera de los contextos donde se practica es imprescindible la integración de perspectivas biocultural, humanística y de genero⁷ que contribuyan a comprender su complejidad. Seleccionar los alimentos idóneos para la población infantil es una tarea incesante en la que se conjugan procesos bioculturales modelados, entre otros, por el sentido común, la experiencia y la tradición. Así como es muy importante conocer el contenido y los beneficios nutricionales de los alimentos, su contribución al crecimiento y desarrollo infantil, también lo es valorar lo que significan culturalmente las formas de crianza, la evolución en tiempo y espacio de las actividades femeninas y el prestigio adjudicado al proceso alimentario que enmarca a la lactancia materna. Es por esto que todas las perspectivas inciden de manera relevante en la apropiación y efectividad de las medidas legislativas de protección a la lactancia materna dirigidas a las madres trabajadoras lactantes durante sus horarios y espacios de trabajo como es el caso de los *lactarios*. Para entender la práctica de LM entre las madres trabajadoras, habría que reconocer que las dificultades para conjugar la LM y las actividades productivas extra domesticas se han venido exacerbando en los últimos 45 años: aumento de actividades femeninas sin respaldo laboral o social, secuelas de manejo hospitalario deficiente y contraindicado para iniciar LM, escasez de lactarios o espacios y estrategias amigables con la LM, falta de información sobre técnicas de extracción y conservación de la leche humana, apoyos institucionales desdibujados o inoperantes, legislación insuficiente sobre lactancia materna, competencia y promoción agresiva y desregulada de sucedáneos, prejuicios

culturales sobre lactancia, informar Lactancia materna en México nación sanitaria limitada o errónea sobre LM, además de las restricciones y los condicionamientos laborales a madres lactantes. Asimismo, desde hace varios decenios la intención mayoritaria de la población femenina que regresa a trabajar o se reintegra a otras ocupaciones, se ha canalizado hacia el uso de sucedáneos y la planeación del destete más que hacia el fortalecimiento y continuación de LM en condiciones diferentes, como sería la utilización de los *lactarios*. El límite de la licencia de maternidad (45 días posparto) sucede justo durante el proceso de consolidación de la LM, y los periodos en que las madres permanecen en sus centros de trabajo y lejos de sus bebés fluctúan entre 10 y 12 horas diarias. La “solución” para reintegrarse a sus actividades articula la apremiada situación materna con indicaciones médicas desacertadas, y mediante el uso de sucedáneos de leche disponibles desde la década de 1940, proporcionados por las instituciones como prestación laboral denominada “ayuda en especie para la lactancia”. Dichas prácticas son fortalecidas por sofisticados mensajes publicitarios sobre el prestigio en el consumo de fórmulas lácteas que respaldan y justifican las recomendaciones de lactancia artificial de los prestadores de servicios sanitarios mal informados. La opción de los lactarios no es nueva, darle un matiz biocultural en su concepto y desarrollo operativo es la aportación novedosa. En México la mención de espacios para amamantar o para la extracción de leche dentro de la normatividad de las políticas públicas se abordó ante la evolución de las actividades femeninas hacia el campo laboral extra hogar, allá por la década de los años 20 con la incipiente industrialización. La incorporación masiva de las mujeres a la fuerza de trabajo se acrecentó en el decenio de 1970 debido a cambios económicos y políticos en el país y fue hasta 2002 en la Ciudad de México y bajo la supervisión de la Secretaria de Salud que se estipuló (someramente y sin más detalle de su operatividad) en el Reglamento Interno del Consejo Nacional de Vacunación: “Promover y apoyar la creación de lactarios de leche materna en centros laborales”. Paradójicamente los seis meses que en México se garantiza por ley la dotación de fórmula (ayuda en especie para la lactancia) para alimentar a los hijos de las Academia Nacional de Medicina de México trabajadoras son los mismos en

que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda LM exclusiva como indispensable para proteger a los recién nacidos. Otro factor que se debe resaltar son las barreras ideológicas para concebir, con perspectiva de género, la complejidad que, sobre todo para las mujeres, conlleva utilizar un lactario en su ámbito de trabajo y conciliarlo con sus demás actividades laborales, por lo que se hace patente la necesidad de informar y reestructurar el pensamiento de la sociedad moderna para redefinir en tiempo y espacio las necesidades de las mujeres que siguen integrando labores productivas y reproductivas. El problema no radica en el empleo femenino *per se*, lo que urge es restaurar la visión social de este proceso y adoptar las condiciones del trabajo que permitan armonizar la LM con las actividades laborales de las mujeres mediante el uso de los lactarios. En estas circunstancias, y con el objeto de hacer más viables las recomendaciones de la OMS sobre tiempos y formas de alimentación infantil, además de crear conciencia en ámbitos institucionales y fomentar la solidaridad en torno a la LM, fue diseñado en 2012 conceptual y operado en ese mismo año el denominado “Lactario Amigo” para su implementación en diferentes dependencias de la Secretaría de Salud. Por su parte, en fechas recientes instituciones y empresas privadas han procedido también a la ubicación de salas de lactancia o espacios para extracción de leche materna. Los beneficios que reportan las mujeres usuarias sobre la experiencia vivida en los lactarios van desde el aumento en su productividad y compromiso profesional, disminución de ansiedad por separación del bebé, reducción del ausentismo laboral y costos por atención médica de los lactantes, fomento a la intención de continuar la LM a periodos propuestos por la OMS, aprendizaje de técnicas de conservación y transporte de la leche, aumento de la producción láctea, optimización de tiempos legislados sugeridos para LM, además de fortalecimiento de la socialización y el empoderamiento materno alrededor de esta experiencia. El concepto del “lactario amigo” es complejo y abarca el espacio *digno, iluminado, cómodo, higiénico y privado destinado de manera exclusiva para que las madres lactantes ejerzan su derecho a amamantar de manera directa* o de extraer y conservar higiénicamente su leche. Se hace hincapié en la importancia de la inclusión de acciones de

sensibilización e información para la comunidad laboral en general, que fomenten el compromiso basado en la corresponsabilidad y que promuevan la construcción de redes intralaborales de intercambio social y de apoyo entre usuarias en torno a la lactancia materna. Los lactarios representan una gran oportunidad para generar conocimientos y redes sociales en torno a prácticas diversas de lactancia y crianza de las madres trabajadoras y visibilizar sus experiencias para ser reconocidas e integradas a la programación de políticas públicas. En este sentido, el lactario debe contar con una perspectiva biocultural y de género para aplicarse en ámbitos laborales e institucionales mediante propuestas que faciliten y conjuguen las tareas reproductivas femeninas con sus ambientes de desarrollo personal y productivo con la finalidad de informar y formar a las mujeres trabajadoras e incidir en la decisión colectiva de alimentar a los lactantes con leche humana. Lactancia materna en México Aunque en la actualidad se discute si la información y el conocimiento pueden cambiar actitudes y modificar prácticas alimentarias, se considera que la concientización colectiva si puede incidir en el cambio de mentalidad y en la decisión de amamantar que no es solo femenina sino que requiere de apoyo social enérgico. En este sentido la propuesta es conocer y analizar con perspectiva cual-cuantitativa los procesos que determinan a la LM en ámbitos diferentes, como el laboral, para caracterizar las experiencias y necesidades de las mujeres en los ambientes donde se desarrollan con el objetivo de no estandarizar sino enriquecer una propuesta de conocimiento de la diversidad de prácticas en torno a la lactancia materna. Como parte de la estrategia se sugiere establecer labores de guía, información y soporte cotidiano indispensables para la creación del “grupo de apoyo” en el lactario: más allá de destinar un espacio exclusivo para la extracción y conservación de leche materna, lo relevante es involucrar a la comunidad en general e informar y motivar a las usuarias hacia la cooperación y participación de manera constante en sus experiencias en lactancia, crianza y paternidad. El concepto del “lactario” alude al rescate de la cultura de la LM al aprovechar la convivencia cotidiana de las trabajadoras como escenario que fomenta la creación de “grupos de apoyo laborales” y auspicia el ambiente idóneo para generar intercambio social y su

difusión. Por ello, la presencia, la promoción y el fortalecimiento del concepto adecuado, oportuno y respetuoso del lactario es indispensable como política de salud integral de las trabajadoras en sus sitios de trabajo. Es por esto que vigilar el cumplimiento cabal de normas y estrategias específicas que abarquen desde la detección oportuna de mujeres en edad reproductiva, la invitación y acompañamiento constante a las trabajadoras, hasta la fase de promoción, capacitación y guía llevada a cabo por las mismas usuarias y ex usuarias de los lactarios, representa posibilidades de expansión no solo enfocadas en el mejor aprovechamiento de los lactarios sino para la formación de redes de *lactarios* y hasta la vinculación de estas con los bancos de leche para promover el altruismo y la donación. Para las madres trabajadoras, como para muchas mujeres de diversos sectores de la sociedad, el inicio de la LM no es problema, continuarla es el gran reto. La propuesta desde las instituciones es suscitar el interés de la sociedad y las mujeres lactantes en el conocimiento sobre LM y cosechar los beneficios de practicarla: proporcionar un concepto que fomente la LM más allá del *dónde*, ofrecer la información del *cómo* y construir la convicción del *para qué*. El compromiso es beneficiarse, empoderarse en la lactancia y pasar la voz.

5.9. PROGRAMAS QUE PROMUEVEN LA LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO: ESTRATEGIA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA NUTRICIÓN.

Los profesionales de la salud (PS) representan un canal de comunicación fundamental para la toma de decisiones con respecto a la alimentación infantil. En el contexto del programa Oportunidades (ahora Programa de Inclusión Social Prospera), en la línea de base de la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (EslAN), se documentó que en los servicios de salud (SS) la promoción de la lactancia materna (LM) no era prioritaria y se asumía natural entre las mujeres. Por ello, la EslAN incluyó un componente de capacitación y comunicación basado en el modelo ecológico y los principios de mercadotecnia social dirigido a PS. En

la actualidad la ESIAN se está implementando a nivel nacional y la capacitación consistió de un modelo mixto (presencial y virtual) para PS que atiende población beneficiaria. Por su parte, la estrategia de comunicación se orientó hacia cambios de comportamientos en las mujeres, según las barreras identificadas durante la investigación formativa (p. ej., leche insuficiente). A la fecha, aunque la ESIAN no se ha evaluado, se contempló el modelo AIDED para el escalamiento de intervenciones en salud pública para países de medianos y bajos ingresos. La conclusión de la experiencia consiste en que las acciones en los SS deben ser complementadas a otros niveles (ambientales o de norma social) para promover y proteger la LM dentro de la alimentación infantil.

La promoción de la lactancia materna es fundamental para mejorar la salud materno infantil; a gran escala tiene el potencial de prevenir 11.6% de las muertes infantiles. El apoyo por parte de profesionales de la salud (PS) tiene efectos positivos en el aumento de la iniciación, duración y exclusividad de la lactancia materna.^{2,3} El enfoque de la promoción a través de los servicios de salud no solo es relevante sino necesario, en particular en países con alta cobertura y acceso a dichos servicios como es el caso de México.⁴ Los PS pueden representar una fuente creíble de información y un canal fundamental para acceder a las madres desde el embarazo y brindarles información pertinente y oportuna para la toma de decisiones informadas sobre la mejor opción de alimentación para sus bebés. En la línea de base e investigación formativa que se realizó previo al diseño de la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición (ESIAN) para el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades,⁵ en la actualidad Prospera, Programa de Inclusión Social, en los servicios de atención primaria en salud de cuatro estados del país (Guerrero, México, Michoacán y Puebla), se pudo evidenciar que desafortunadamente esta oportunidad no se aprovecha. La promoción en general y en particular de la adecuada nutrición infantil no era una práctica rutinaria en los servicios de salud. Además, la mayoría de los médicos y enfermeras entrevistados no había sido capacitada en el tema de lactancia y Lactancia materna en México

no lo percibía como un tema prioritario dentro de su práctica diaria, ya que además se veía como un acto innato y natural por lo cual subestimaban su rol en el apoyo a las madres para llevarla a cabo de manera exitosa. A su vez, el principal problema señalado por las madres es que no tienen suficiente leche. Está comprobado que la inmensa mayoría de las mujeres pueden producir leche en cantidad suficiente para amamantar a sus hijos de forma exclusiva por sus primeros 6 meses de vida, por lo tanto esta percepción refleja más bien una falta de información, apoyo y experiencia. El objetivo de este capítulo es describir el componente de capacitación y comunicación sobre lactancia materna de la Estrategia Integral de Atención a la Nutrición, que se está implementando a través de los servicios de salud del primer nivel de atención para la población beneficiaria del Programa Prospera a nivel nacional. Se busca que a través de esta estrategia, los servicios de salud del primer nivel de atención brinden apoyo sobre la lactancia materna a las mujeres durante

Su embarazo y en el posparto. La intervención de capacitación y comunicación de la estrategia ESIAN se diseñó con base en los resultados de la investigación formativa, a el modelo ecológico y los principios de la mercadotecnia social. Contemplo dentro de la investigación formativa un análisis de los servicios de salud del primer nivel de atención, incluida la evaluación de las prácticas, percepciones y barreras que enfrentan los PS para la promoción de los temas clave. Además se realizó una evaluación de factibilidad o prueba piloto en los cuatro estados que permitió la retroalimentación de la estrategia antes de su escalamiento a nivel nacional. En la actualidad la ESIAN se está implementando a nivel nacional. Parte de un programa de capacitación mixto (presencial y virtual) para los PS (médicos, enfermeras, promotores) y solo presencial para personal comunitario que atiende a población beneficiaria del programa. Este diseño se eligió para dar respuesta a los grandes retos de capacitación que enfrenta el programa, entre ellos la capacitación en un tiempo breve de cerca de 100 000 PS y personal comunitario de varias disciplinas (médicos, nutriólogos, enfermeras, promotores, auxiliares de salud, voluntarios) sobre los diversos temas prioritarios relacionados con la alimentación materna infantil, entre ellos la lactancia materna,

y con diversidad de acceso a equipos de computación, conectividad y habilidades para su manejo. Además, cuenta con un portal web como herramienta de apoyo que facilita el acceso de los PS a la información y materiales de la ESIAN. En relación con la lactancia materna la intervención de capacitación y comunicación enfatiza la lactancia materna exclusiva por 6 meses y complementada hasta los 24 meses de edad, su importancia, beneficios, frecuencia, técnica y la solución de los problemas más frecuentes que fueron referidos por las madres durante la investigación formativa. Dentro de las competencias que adquieren los PS con la capacitación destacan: examinar y evaluar la técnica de lactancia durante la consulta del niño menor de 0 a 6 meses de edad, explicar la técnica y frecuencia adecuada, así como la solución de problemas frecuentes, específicos a las preocupaciones o necesidades de cada madre con la finalidad de generar un mayor apego. La estrategia de comunicación está orientada a cambios de comportamientos. Considera los resultados de la investigación formativa y las principales barreras identificadas para la promoción de la lactancia materna. Por ejemplo, se diversificaron las actividades de comunicación interpersonal a través de los diferentes PS para abordar la barrera de falta de tiempo y el contenido de los materiales se enfocó en el abordaje de las principales barreras identificadas por las madres y por los mismos PS para la lactancia materna en lugar de una amplia descripción del tema. Si bien no se ha evaluado el impacto de la intervención de capacitación y comunicación de la ESIAN, esta ha sido cuidadosamente diseñada y se han contemplado los cinco componentes del modelo AIDED,⁸ un modelo integral para el escalamiento de intervenciones que puede ser aplicado a una gama de innovaciones en salud pública en países de medianos y bajos ingresos. Este modelo fue usado por Pérez Escamilla y colaboradores⁹ para el desarrollo de su modelo de engranaje para la promoción de la lactancia. Los cinco componentes del modelo AIDED (evaluación del contexto y el ambiente, innovación para adaptarse a la receptividad y necesidades del usuario, desarrollo, participación de los grupos de usuarios y delegación de esfuerzos para la difusión de la innovación), considerados fundamentales para el desarrollo de estrategias de promoción de lactancia materna exitosas, fueron

también contemplados en la EslAN. Para concluir, las acciones en los servicios de salud si bien son necesarias no son suficientes. También es indispensable mejorar la norma social en relación con la lactancia materna exclusiva a través de estrategias como la comunicación masiva, como en el estado de Chiapas, que con fondos de la Iniciativa Mesoamérica Salud 2015 desarrollo una campaña para medios masivos que se espera sea implementada en el estado en un futuro cercano. Asimismo se deben considerar acciones en otros niveles que generen un ambiente que promueva y proteja la lactancia materna como la mejora de las practicas hospitalarias, la política laboral en relación con la lactancia, el seguimiento al cumplimiento del Código de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna, la incorporación del tema en el currículo de las carreras de medicina y enfermería, entre otros.

6. EN EL CENTRO DE SALUD.

La mayoría de las madres actuales nacieron cuando la cultura de la lactancia materna llegó a su punto más bajo (finales de los años 60), pueden ser mujeres que desconozcan la lactancia natural y, sobre todo, que desconfían de su propia capacidad para lactar. Por ello es importante insistir de manera individual para aclarar dudas e incidir en la información sobre:

- Beneficios de la lactancia materna.
- Técnicas correctas de amamantamiento.
- Evaluación de las mamas.
- Detección de factores de riesgo para la lactancia.
- Reconocer las verdaderas contraindicaciones para la lactancia

En las clases de preparación al parto se imparte una serie de conocimientos básicos sobre la anatomía y fisiología de la mama, higiene y cuidados, problemas más frecuentes, etc. Además, el contacto y apoyo entre madres y padres, que se establece de manera espontánea y natural tiene un efecto positivo significativo

sobre las tasas de lactancia, tanto de inicio como de duración del amamantamiento. Este apoyo hoy en día se canaliza también a través de grupos locales^{*}, donde es conveniente incluir a la familia y personas allegadas en estas actividades de educación y soporte.

6.1. EN LA MATERNIDAD.

Cuando la madre llegue a la maternidad permanecerá junto a su hijo e hija en la habitación, salvo que exista algún problema y se les proporcionará la ayuda necesaria para la puesta al pecho.

Consideraciones previas

Será necesario que todo el personal que trabaja en puestos relacionados con bebés en edades de lactar, haya recibido formación sobre la técnica de lactancia materna y artificial, así como que tenga acceso a esta guía. Si su contrato se prolonga más de 6 meses, deberá acudir a un curso de formación en lactancia materna.

Observar la primera toma del bebé evitando interrumpirla y, si fuera necesario, se explicará la técnica de amamantar de forma correcta. No se trata únicamente de corregir, sino que es conveniente repetir los motivos que justifican cada actitud para afianzar y reforzar la capacidad de lactar de cada madre.

En las primeras 24-48h la criatura puede estar más adormilada, conviene explicar a las madres que es normal y que no hará falta dar suplementos salvo por indicación del pediatra (pérdida de peso >10%, si la madre no tiene secreción de leche comprobada, hipoglucemias,...).

Enseñar a detectar en el bebé los primeros signos de hambre, para que las madres puedan responder ante ellos de forma precoz, poniéndole al pecho antes de que inicie el llanto. Es un momento de gran sensibilidad para las parejas, por ello siempre hay que dar refuerzos positivos y evitar un lenguaje que pueda herir y/o desanimar (“no tiene leche”, “no lo está haciendo bien”,...) que por otra parte, no suele ser real. Para transmitir la información es conveniente permitir la presencia de familiares y allegados, que puedan posteriormente influir en la actitud materna.

Respecto a parejas que hayan optado por la lactancia artificial, se respetará su decisión y se instruirá en la técnica de preparación y administración de las tomas con biberón. Registrar en la historia clínica la primera toma eficaz.

6.2 DURANTE LA ESTANCIA EN LA MATERNIDAD.

En estos primeros días, para favorecer el descanso y la recuperación materna, aconsejar dar las tomas en posición tumbada e insistir en la técnica adecuada, la posición correcta del bebé, los signos precoces de hambre y la lactancia a demanda.

Asimismo, se insistirá y aconsejará evitar el chupete hasta que la lactancia esté bien establecida para evitar la confusión del bebé (10-15 días aproximadamente). No se debe administrar ningún sustitutivo (agua, suero) salvo indicación médica justificada. A las madres se les recomendará la higiene de forma habitual, con ducha diaria, evitando lavados repetitivos en la zona del pezón, y dejando secar al aire tras la toma, para favorecer la lubricación correcta y evitar la aparición de grietas.

6.3 LA TÉCNICA.

El éxito y posterior satisfacción de lograr una adecuada lactancia materna depende en gran medida de que la posición al colocar el bebé sea la correcta: evitará que duela durante la succión y que salgan grietas. Ante todo, la madre debe estar cómoda y tener al bebé lo más cerca posible (se recomendará seguir esta regla: “ombbligo con ombbligo” o “barriga con barriga”).

Independientemente de la postura adoptada, debe ser él o ella quien se acerque al pecho y no el pecho al bebé. Para conseguirlo, se le estimula rozando con el pezón su labio inferior, así abrirá la boca “de par en par”, sus labios deben abarcar no sólo el pezón sino también buena parte de la areola. Si hiciera ruido al succionar significa que no tiene la postura correcta.

Procedimiento

Antes de dar el pecho debe lavarse las manos y tener a mano aquello que se vaya a necesitar como agua, cojines, toalla, etc.

Si se opta por estar en la cama, sobre todo los primeros días después del parto o tras una cesárea, hay que tumbarse de lado apoyando sobre una almohada y/o cojín tanto la cabeza como el hombro. Se rodeará al bebé con el brazo y tras girarle hacia el pecho, elevar el brazo correspondiente al pecho hacia la cabeza de la madre y con el otro brazo dirigirle su cuerpo hacia el de la madre: “ombbligo con ombbligo” Si decide dar de mamar sentada, debe poner al bebé lo más cerca posible del pecho. Su cabeza ha de apoyarse en el antebrazo y no en el codo, para ello puede ayudar apoyar el brazo con el que se sostenga al bebé sobre un cojín. Puede estar más cómoda poniendo los pies sobre un taburete o banqueta bajos; pero colocar siempre el cuerpo del bebé frente al de la madre, de manera que su nariz quede a la altura del pezón y la cabeza sobre el antebrazo. En definitiva, su cara no debe estar “mirando al techo”, sino dirigida hacia el pecho materno: siempre debe poder ver la cara de su madre y la madre la suya.

Existe otra postura para estar sentada que se llama “de balón de rugby o lateral”: la criatura se coloca a un lado de la madre apoyada sobre una almohada y con su cuerpo recostado en las costillas de la madre mirándole de frente. Esta técnica es utilizada cuando son de bajo peso, han nacido antes de tiempo, después de una cesárea, cuando los pechos son muy grandes o para amamantar simultáneamente a dos bebés, colocando uno/a en cada mama.

6.4 EN LA UNIDAD NEONATAL

La lactancia materna es la ideal para toda criatura recién nacida, incluyendo aquellas nacidas pre término o ingresadas en la unidad neonatal. Para favorecer su instauración se debe cumplir una serie de requisitos mínimos, tanto estructurales y de equipamiento, como de personal suficientemente formado, que favorezcan la lactancia.

6.5 EN EL DOMICILIO

Consideraciones previas

El apoyo positivo, con conocimiento apropiado de la lactancia por parte del personal sanitario, aumenta la incidencia, duración y exclusividad de la misma. La información inconsistente o inexacta proporcionada por los y las profesionales contribuye a la confusión materna y al destete prematuro.

Será necesario que todo el personal que trabaja en puestos relacionados con bebés en edades de lactar haya recibido formación sobre la técnica de lactancia materna y artificial, tenga acceso a este protocolo. Si su contrato se prolonga más de 6 meses, deberá acudir a un curso de formación en lactancia materna impartido por el programa docente del SERIS, o similar.

En el Centro de Salud no se mostrará ningún tipo de publicidad que favorezca la lactancia artificial (calendarios, carteles, bolígrafos, libretas de notas, muestras de leches, etc.), ni se entregará ningún tipo de muestra gratuita de sustitutivo (leche, sueros,...) o de instrumentos que estimulen técnicas incorrectas

6.6 POSIBLES SITUACIONES

En ocasiones, patologías benignas de la mama pueden ser la causa de un destete precoz y no deseado, por ello es fundamental la actitud del profesional de la salud con el fin de informar adecuadamente.

6.7 DOLOR AL INICIO DE LA SUCCIÓN

Al inicio de la succión, en los primeros días, el dolor es relativamente frecuente, ya que se debe a la succión en vacío de conductos, a la congestión vascular de la zona y a la compresión brusca de un pezón en erección. Desaparece en pocos días y no debe haber dolor sino que la succión tiene que ser placentera.

Es importante observar y valorar si se trata del dolor “fisiológico” y transitorio para tranquilizar a la madre; o si se trata de otra causa como una mala posición al pecho, la retirada incorrecta de la criatura, el uso de cremas o productos

cosméticos que irritan, la existencia de grietas,...En estos casos hay que corregir el error y enseñar cómo hacerlo correctamente.

6.8 GRIETAS EN EL PEZÓN

Al empezar con la lactancia, es posible que los pezones estén más sensibles. Para que no lleguen a producirse grietas es conveniente transmitir:

- La importancia de que los pezones estén secos, no lavarse tras las tomas, ordeñarse un poco de leche sobre los pezones y dejarlos secar al aire libre o incluso con aire del secador durante unos segundos
- Evitar las pomadas, salvo que por alguna razón estén indicadas. No se ha demostrado la eficacia de cremas ni de pezoneras de cera
- No se debe limitar el tiempo de succión

La mejor prevención de las grietas es que la postura de la madre y del bebé sea correcta, que su boca abarque la mayor parte de la areola y dejar que se seque con su propia leche.

6.9 INGURGITACIÓN MAMARIA.

La acumulación de leche y el aumento de flujo sanguíneo es lo que provoca el que los pechos estén hinchados y duros.

La clínica varía:

- Dolor de pezón (a menudo el dolor es el resultado de una posición incorrecta o un agarre inadecuado)
- Molestias al inicio de cada toma, cuando el lactante se agarra al pecho
- El dolor que persiste durante o después de la toma, o entre tomas, debe ser evaluado y considerar otras causas, como infecciones bacterianas o por hongos

7. CONGESTIÓN MAMARIA.

Ocurre entre el 3º y 5º día después del parto. La inflamación disminuye con el amamantamiento precoz, frecuente y a demanda. Para asegurar un buen vaciado, hay que darle de mamar con más frecuencia, se puede utilizar el sacaleches para acelerar el estímulo de “subida de la leche”.

El calor local húmedo, antes de las tomas, facilita la salida de la leche. Puede aplicarse con una ducha de agua caliente, incluso antes de la toma puede ser útil vaciar un poco el pecho manualmente. El tratamiento debe enfocarse a las medidas para reducir la inflamación, como el vaciado mamario con sacaleches, poniendo al bebé al pecho muy frecuentemente, antiinflamatorios y/o analgésicos para el dolor. Si es posible se evitará el empleo de pezoneras y dar suplementos lácteos.

7.1 OBSTRUCCIÓN DE UN CONDUCTO (GALACTOCELE)

La mayoría de las veces ocurre por infección de leche retenida, por eso es importante que no se quede la mama congestionada en cada toma. El tratamiento consiste en la evacuación de la leche retenida, por tanto es importante no interrumpir la lactancia. También es conveniente cambiar la posición de mamar, el bebé “ordeña” con el movimiento de su mandíbula, de esta manera se dirigirá el maxilar inferior de la criatura hacia la zona inflamada. Se puede recomendar antiinflamatorios y/o analgésicos.

7.2 MASTITIS

Cuando la infección local (galactocele) se generaliza se produce la mastitis. Ésta se manifiesta con dolor, calor y enrojecimiento de la mama. Puede dar fiebre y malestar general con náuseas y vómitos.

Desde el punto de vista médico, las mastitis constituyen la principal causa de destete precoz. Pueden producirse en cualquier momento de la lactancia, aunque el 75-95% ocurren en las primeras 12 semanas.

La recogida de muestras de leche destinadas a un análisis microbiológico se debe efectuar mediante expresión manual en un envase estéril; la única precaución previa que cabe considerar es el lavado de las manos con agua caliente y jabón/detergente, y un secado con una toalla limpia o con una toallita de un solo uso. Para este tipo de análisis es suficiente con una muestra de 1 ml. El hecho de descartar o no las primeras gotas no parece afectar al resultado del análisis.

La leche se debe analizar en los primeros 30-45 minutos tras su obtención. Si no es posible, mantenerla en refrigeración (<6 °C) durante un máximo de 24 horas o en congelación a una temperatura igual o inferior a -20 °C, sin que se rompa la cadena de frío. De otro modo, podrían proliferar las bacterias y dar lugar a un resultado falso. Descartar el uso de bombas extractoras.

7.3 DERMATITIS DE LA MAMA

Aunque son infrecuentes, las asociadas a la lactancia materna son:

Impétigo Es una infección superficial de la capa epidérmica causada por estreptococo del grupo A beta-hemolítico y el estafilococo aureus. Generalmente existen lesiones previas como eczema, dermatitis de contacto, etc que se sobre infectan. Se extiende con el rascado de las lesiones y es contagiosa. El tratamiento es tópico con mupirocina o ácido fusídico. La madre puede extraerse la leche hasta que se curen las lesiones y luego proseguir con las tomas al pecho una vez resuelto.

7.4 CONTINUIDAD DE LA LACTANCIA

7.5 VARIACIONES EN LA CANTIDAD DE LECHE

Cuando un lactante muestra un aumento brusco de hambre, o de la frecuencia de las tomas durante 48 horas, se producirá un incremento en la producción total de leche. El primer aumento brusco de leche aparece generalmente en la segunda semana de vida, por ello la congestión mamaria disminuye por entonces, pero esto no es un signo de menor producción de leche.

Las deposiciones y las micciones del lactante son los mejores indicadores de una ingesta adecuada. Si está irritable, muestra una excreción adecuada y su ganancia de peso también lo es, la irritabilidad no se debe a la falta de leche.

Es importante el apoyo a la madre, para continuar amamantando durante estas crisis de disminución percibida de producción láctea. Para que el crecimiento del lactante no se vea afectado se puede aumentar el número y la duración de cada toma.

Para reforzar los conocimientos y actitudes adquiridas es conveniente poner en contacto a los padres o parejas con el grupo de apoyo local y hacer partícipe a la familia o personas allegadas, ya que su apoyo aumenta la duración de la lactancia. La identificación temprana de los problemas facilita la intervención precoz, por tanto reforzar los hechos, deshacer los mitos y malentendidos ayuda a establecer expectativas realistas.

7.6 DUDAS FRECUENTES.

Frecuencia y duración de las tomas

Cualquier bebé hará un mínimo de 8-12 tomas en 24 horas. Pero cada bebé lleva su ritmo y hay que respetárselo: habrá quien tome cada 3 horas durante el día y la noche, o bien cada hora durante el día y dormirán de 4 a 6 horas, y a otras y otros habrá que despertarles para las tomas, hasta que se establezca un patrón de ganancia ponderal adecuado. Hay que transmitir que si después de un pecho, rechaza el segundo no se debe preocupar, a medida que el lactante se hace mayor, la frecuencia de la demanda disminuye.

Excretas

Hay lactantes que realizan una deposición con cada toma, otros sin embargo, realizarán al menos tres en 24 horas. Las deposiciones cambian de meconio a amarillas y semi-acuosas hacia el 4º día. Respecto a las micciones se esperan al menos seis al día hacia el 4º día.

Pérdida y/o incremento de peso En la primera semana se espera al menos el 7-10% de pérdida de peso, el cual se recupera hacia los 14 días de vida. Se suele producir una ganancia ponderal de 120 a 140 grs por semana hasta que el lactante dobla el peso del nacimiento.

La dieta de la madre Debe ser variada y equilibrada, los mitos sobre reglas dietéticas son una barrera para el amamantamiento y no tienen base científica. En muy pocos casos el lactante se ve afectado por los alimentos que come su madre.

Sí hay que tener en cuenta que sus necesidades energéticas y nutritivas son más elevadas, debe ingerir 500 calorías extra cada día debido al esfuerzo metabólico que implica la producción de leche. El incremento en la ingesta de líquidos de ésta no afecta a la cantidad de leche producida, por tanto la madre beberá para satisfacer su sed. No es necesario que sea leche, puede ser zumo, infusiones, batidos, o simplemente agua.

7.7 RELACTACIÓN.

Relactar es restablecer la lactancia materna después de haberla interrumpido durante un tiempo

- Separación de sus madres, por hospitalización de la madre o del bebé.
- Situaciones de desamparo o de emergencia.
- Madres que deciden volver a dar el pecho.

7.8 OPCIONES ANTICONCEPTIVAS

Lo más aconsejable es evitar las relaciones sexuales con penetración durante el primer mes después del parto. Respecto a las opciones anticonceptivas aconsejables en el período de lactancia materna son:

Método de amenorrea de la lactancia (MELA)

Consiste en el uso de la lactancia materna como método de planificación familiar temporal. El MELA tiene aproximadamente una protección eficaz del 98% contra el embarazo, si se cumplen los tres criterios siguientes:

- La madre continúa sin menstruación desde el parto
- Lactancia materna exclusiva cada 4-6 horas, con varias tomas nocturnas
- El bebé tiene menos de seis meses de edad

Se han dado muchos casos de embarazos en este período de tiempo, por creer que sirve una única condición. Se han de cumplir los tres criterios y, aún así, existe un 2% de posibilidad de embarazo imprevisto.

7.9 MANTENIMIENTO.

Una vez instaurada, y después de la etapa de introducción de la alimentación complementaria, es posible mantener la lactancia a demanda hasta que la madre y su bebé quieran, incluso es posible mantenerla con dos tomas al día.

La lactancia prolongada ofrece beneficios de salud física y psíquica tanto al lactante como a la madre. Por tanto, la recomendación de la continuidad de la lactancia materna, se hará hasta los 24 meses de edad o bien, tanto tiempo como deseen la madre y/o su bebé.

8. VUELTA AL TRABAJO: EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN.

La vuelta al trabajo es perfectamente compatible con seguir dando el pecho. De hecho, los estudios indican que las madres que trabajan son las que dan de mamar durante más tiempo. La actitud y colaboración de la pareja y de la familia son fundamentales.

- Métodos de extracción

Cuando la madre vuelve al trabajo existen distintas opciones para seguir con la lactancia materna. Una de ellas es adelantar la introducción de las comidas complementarias (frutas, verduras,...) y hacerlas coincidir con las horas en las que la madre está trabajando. El resto del tiempo se puede continuar perfectamente con la lactancia natural.

Hay madres que tienen la posibilidad de que les lleven a su hijo o hija al trabajo para darle el pecho o bien acudir donde se encuentre a la hora de lactancia. Cuando son mayores de tres meses maman con mucha rapidez por lo que la hora o las dos medias horas de permiso pueden ser suficientes para darles de mamar.

La leche se puede extraer en el lugar de trabajo o antes en casa. Conviene practicar unos días antes de volver al trabajo ya que, al principio, es normal que no salga nada o muy poco. Como norma habitual hay que lavarse las manos antes de comenzar la extracción, darse un masaje en el pecho y tener a mano aquello que se pueda necesitar:

- Sacaleches, si se opta por esta opción
- No hace falta un recipiente especial, únicamente un recipiente de plástico duro sin pvc bien lavado (no conviene utilizar de vidrio, ya que las defensas de la leche se quedan adheridas a sus paredes y no se aprovechan) y boca ancha para recoger la leche
- Nevera portátil con hielo

Cuándo y cómo dar la leche extraída

Para llevar a cabo lo anterior, es necesario tener en cuenta la conservación del producto en donde se recomienda:

- calentar la leche **no** se utiliza microondas, ya que la leche no se calienta toda por igual y pierde parte de sus propiedades (inmunoglobulina A).
- Baño maría, aunque siempre teniendo en cuenta que no debe llegar a hervir, cuando la toma de su madre está a 36°, por tanto no se debe calentar a temperatura más elevada.

Las niñas y los niños amamantados al pecho pueden no saber succionar de las tetinas, por lo que se les aconsejará que les den la leche extraída con un vaso, cucharilla o jeringa.

Cuánto tiempo necesitan para adaptarse a esta nueva forma de “amamantar”

Cuando se amamanta se les calma el hambre, la sed, se les da calor, consuelo,... por eso está bien acostumbrarles a la “nueva modalidad” de amamantar 1 ó 2 semanas antes de la incorporación al trabajo.

De nuevo es una ocasión excelente para que esa toma se la dé el padre, pareja u otra persona que no sea la madre. Las niñas y los niños son muy “listos” y saben perfectamente quién les puede dar aquello que más les gusta.

8.1 DESTETE GRADUAL.

El destete se recomendará que sea gradual eliminando una toma cada 3 o 4 días. Si hubiera congestión mamaria, las compresas alivian el dolor provocado por ésta, así como la extracción manual del pecho.

8.2 MEDICAMENTOS Y TÓXICOS.

Existe una página de consulta muy útil y recomendable sobre la compatibilidad de medicamentos y lactancia materna

El alcohol se debe suprimir por completo de la dieta, incluyendo las cervezas ya que no hay una base científica que justifique que “aumente la producción de leche”. No existe ningún nivel de consumo de alcohol durante la lactancia que se pueda considerar seguro.

Evidentemente todo tóxico llega a la leche materna y por tanto el lactante sufrirá sus efectos, así como los del síndrome de abstinencia.

8.3 ENFERMEDADES MATERNAS.

Hay situaciones en las que la madre se encuentra enferma, ingresada o sometida a exploraciones, etc. En esos casos la lactancia puede y debe continuar, tenemos que conocer la forma de ayudar a proseguir con la lactancia, sólo en casos excepcionales hay contraindicación.

Ingreso hospitalario

La madre debe mantener un contacto lo más frecuente posible con su bebé, excepto cuando la enfermedad exija aislamiento, es importante que se le permita permanecer al lado de su bebé.

Si durante unas horas resulta imposible que el lactante mame hay que evitar la ingurgitación y vaciar el pecho manualmente o mediante sacaleches. Si el ingreso es programado, la madre puede sacarse leche unos días antes y almacenarla. Cuando el estado de la madre lo permita, la succión al pecho debe reestablecerse, esto no entorpece su recuperación.

8.4 SITUACIONES ESPECIALES.

Las criaturas recién nacidas pueden presentar problemas de salud o circunstancias especiales que no son motivo para suspender la lactancia. Si el proceso conlleva un ingreso o bien la práctica de pruebas en la criatura, nunca le separemos de su madre. Si hay que hacerlo, informar y ayudar a la madre para seguir con la lactancia, es en estas circunstancias cuando necesitan más nuestro apoyo.

Ictericia

La ictericia no contraindica la lactancia materna, aunque es sabido que su incidencia aumenta en relación con ella, puede beneficiarles por su acción antioxidante. Los bebés ictericos pueden tomar lactancia materna sin problemas. En la mayor parte de los casos se trata de una ictericia fisiológica, pero incluso en caso de incompatibilidad Rh, no hay ningún problema en que lo hagan ya que los anticuerpos que produce la hemólisis no son las IgA que se recibe de la leche, sino las IgG que pasaron a través de la placenta. Por tanto, las tomas de leche materna iniciadas lo más pronto posible y con frecuencia previenen la ictericia fisiológica exagerada.

Si hay que hacer fototerapia lo ideal es no separar al bebé de su madre y en caso de hacerlo es conveniente organizar las tomas. El suero glucosado no influye en los niveles de bilirrubina.

Infecciones

Las más frecuentes son los catarros y las diarreas.

- Diarreas: puede y debe seguir tomando pecho, la mejor hidratación es aumentar la frecuencia de las tomas, eventualmente valorar si precisa que le ofrezcamos agua. Tampoco hay que interrumpir la lactancia materna si existen vómitos.
- Catarros: la leche materna le protege y supera mejor el proceso.

Malformaciones de boca y paladar

Las más frecuentes son la micrognatia, la macrognatia, labio leporino y paladar hendido. La leche materna en estos dos últimos casos es muy recomendable, pues previene el riesgo de otitis media recurrente por alteración de la ventilación de la trompa de Eustaquio.

En las alteraciones de la mandíbula, se pueden emplear las maniobras de sujeción del pecho y del bebé comentadas en el punto anterior. En el caso del labio leporino, el defecto de fusión del labio superior puede dificultar la adaptación, pero en la mayoría de los casos el pecho se adapta al defecto y lo tapa, cuando no es así, la madre puede tapar el hueco con su pulgar. En todos los casos valorar en qué posición se consigue un mejor agarre del pecho.

8.5 SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO

Actualmente, no hay un sistema de indicadores consensuados y aplicados en el Sistema Público Nacional de Salud. Cada sector, población o comunidad elabora sus propias encuestas para conocer su situación, en relación a la práctica de la lactancia materna.

La Encuesta Nacional de Salud, recoge el indicador de lactancia materna para el total de niños y niñas desglosados por Comunidades Autónomas. Esta información es escasa y por ello debemos avanzar en obtener información que nos permita detectar qué factores inciden para que las madres y padres opten y mantengan la lactancia materna.

8.6 EVALUACIÓN.

La evaluación del protocolo se realizará en base a las acciones llevadas a cabo por las instituciones sanitarias, por sus profesionales, que atienden el proceso de la lactancia, y por los resultados obtenidos en madres de hijos e hijas lactantes.

Además se evaluarán las alianzas, colaboraciones y acciones llevadas a cabo para la promoción y accesibilidad a los grupos de auto ayuda.

Aspectos a evaluar:

- Estudios de prevalencia de lactancia materna cada dos años, con resultados que reflejen los condicionantes de la madre (embarazo, parto) y recién nacido/a en el inicio y en la duración de la lactancia
- Formación del personal sanitario, tanto en formación continuada como en la formación de matronas residentes, personal de enfermería en prácticas, médicos/as y farmacéuticos/as internos/as residentes. Los datos son desagregados por sexo, edad y profesión
- Los planes, programas y proyectos de salud con contenidos en promoción de la lactancia
- Los materiales elaborados para la información y la sensibilización de la población
- Las acciones llevadas a cabo por los grupos de auto ayuda
- Las percepciones, creencias y aspectos psicosociales de la madre y su entorno

8.7 INDICACIONES A LA PORTADORA DE LACTANCIA MATERNA.

8.8 RECOMENDACIONES.

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda abiertamente la lactancia como método de alimentación exclusiva durante los seis primeros

meses de vida. De ahí y hasta los dos años de vida recomiendan complementarlos con otros alimentos. Además afirman que la lactancia debe comenzar en la primera hora de vida, debe hacerse "a demanda", es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche, y deben evitarse los biberones y chupetes.

- La leche materna aporta todos los nutrientes necesarios para el desarrollo sano del bebé. Además contiene anticuerpos que protegen al niño de enfermedades como la diarrea y la neumonía, dos de las principales causas de mortalidad infantil en todo el mundo.
- La lactancia también es buena para la madre, pues reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario en fases posteriores, además de ayudar a conseguir de nuevo el peso adecuado tras el parto y reducir las tasas de obesidad.
- La lactancia tiene efectos inmediatos a nivel de alimentación pero también en fases posteriores de la vida del niño. Desde la OMS afirman que “los adultos que de pequeños tuvieron lactancia materna suelen tener una tensión arterial más baja, menos colesterol y menores tasas de sobrepeso, obesidad y diabetes de tipo 2”. Además, afirman que quienes fueron amamantados de pequeños consiguen mejores resultados en los test de inteligencia.
- Como explican desde la OMS, la leche artificial no contiene los anticuerpos presentes en la leche materna, y cuando no se prepara adecuadamente conlleva riesgos relacionados con el uso de agua insalubre y material no estéril o con la posible presencia de bacterias en la leche en polvo. Además, las tomas frecuentes mantienen la producción de leche materna y el uso de leche en polvo puede resultar imposible volver a la lactancia materna debido a la disminución de la producción materna.
- Las mujeres infectadas por el sida pueden transmitir la infección a sus hijos durante el embarazo, el parto o la lactancia materna. Sin embargo, desde la OMS afirman que “el tratamiento antirretrovírico y la lactancia materna

pueden mejorar significativamente la probabilidad de supervivencia del lactante sin que se vea infectado por el VIH”.

- En 1981 se aprobó un código internacional para regular la comercialización de sucedáneos de la leche materna. En el código se estipula que “las etiquetas y demás información sobre todas las leches artificiales dejen claros los beneficios de la lactancia materna y los riesgos para la salud que conllevan los sucedáneos; no haya actividades de promoción de los sucedáneos de la leche materna; no se ofrezcan muestras gratuitas de los sucedáneos a las embarazadas, a las madres ni a las familias, y no se distribuyan los sucedáneos de forma gratuita o subsidiada entre los trabajadores sanitarios ni en los centros sanitarios”.
- La mayoría de las mujeres sufren dolores en los pezones y piensan que la leche no es suficiente para mantener al bebé. Para ello la OMS y Unicef han creado centros de apoyo a la lactancia para mejorar la alimentación de los niños y la lactancia materna.
- Como indican desde la OMS, “muchas mujeres que vuelven al trabajo tienen que suspender la lactancia exclusivamente materna por falta de tiempo o de instalaciones adecuadas para amamantar o extraerse y recoger la leche en el trabajo”. Algunas medidas como la maternidad remunerada o trabajo a tiempo parcial mejoran las condiciones laborales y permiten amamantar a los niños.
- Desde la OMS explican que para cubrir las necesidades cada vez mayores cuando los niños crecen, deben introducirse nuevos alimentos a partir de los seis meses de lactancia. Sin embargo apuntan que esto no debe suponer un detrimento de la lactancia materna, sino un complemento. Además señalan que los alimentos complementarios deben administrarse con cuchara o taza, y no con biberón, deben ser inocuos y estar disponibles a nivel local, y debe pasar bastante tiempo para que los niños coman solos alimentos sólidos.

8.9 CUIDADOS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA.

- Alimentación
- Higiene
- Posiciones para amamantar
- Anticoncepción
- Regreso al trabajo
- Ventajas de lactancia materna

9. CONCLUSIÓN.

Las madres tomadas en cuenta para el estudio, establecen que la leche materna es el mejor alimento para sus hijos e hijas recién nacidos y niños menores de dos años, debido a que consideran que ésta disminuye el riesgo de enfermedades agudas y crónicas; y a la vez favorece su crecimiento y desarrollo, es por ello que determinan que es importante nutrirlos con el pecho materno desde el momento en que nacen, debido a que es un alimento que no tiene ningún sustituto.

A través de la investigación se pudo constatar que la mayoría de las personas encuestadas ha amamantado a sus hijos e hijas; mientras que una menor cantidad utilizaron otro método de alimentación para sus bebés, por diversas razones, entre ellas se hayan: problemas de salud, escasa producción de leche, también por dar a luz prematuramente, y otra de las razones expuestas fue por tener que dejar al bebé por el trabajo.

La mayor parte de la muestra en estudio afirmaron que es importante la leche materna pero a la vez consideran que es importante proporcionarles otro tipo de alimento a sus hijos, por lo que interrumpen la lactancia exclusiva a los bebés.

Las Unidades de Salud y el Seguro Social son los lugares que las madres encuestadas más visitan o han visitado para recibir información y que se las han proporcionado en su mayoría promotores de salud y enfermeras, a través de charlas expuso la mayor parte de la muestra.

Los beneficios que ofrece la Lactancia Materna es el tipo de información más brindada a las madres de familia, aseguran las personas, porque se les habla sobre los nutrientes que brinda la Lactancia Materna, entre estos se pueden mencionar: la leche materna se adapta a las necesidades digestivas del bebé, contiene agentes denominados anticuerpos que ayuda a protegerlos de bacterias y virus para que sus hijos no se enfermen, es económica, fácil y rápida de digerir, además contiene la cantidad exacta de 90 grasa, azúcar, agua y proteínas que un bebé necesita para crecer y desarrollarse, y lo más importante es que genera un vínculo entre madre e hijo.

La información proporcionada a través de radio, televisión y prensa, aseguran que es muy poca, al igual que la información brindada a través de Organizaciones o Instituciones, como es el caso del Centro de Apoyo de Lactancia Materna afirma la mayor parte de la muestra, como a la vez manifestaron no saber de la existencia de la Institución ni mucho menos conocer los servicios que brinda la misma.

10. BIBLIOGRAFÍA.

10.1. BÁSICA.

- American Academy of pediatrics. Breastfeeding and use of human milk. PEDIATRICS 2014; 100(6): 103-40.
- Best practice guidelines to support breastfeeding tinthe NICU. 10 ps for practiceBreastfeeding in near-term infant (35 to 37 week gestation). The academy of breastfeeding medicine.
- Burgos Sánchez, J.A, Galvez Toro, A., Berral Gutiérrez, M.A., Salido Moreno, M. P. Parto de Baja Intervención: Diez Pasos para la Asistencia Segura al Parto. En: Libro de Resúmenes de Comunicaciones Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia. Granada; Fundación Index; 2014.
- Consejos para la Lactancia Materna. Ed: Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Cuidados en el parto normal: Una guía práctica, OMS, 2016.
- Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez Jm. Mastitis infecciosa durante la lactancia: un problema infravalorado (I). Acta Pediatra Esp. 2014; 67(2); 564-84.
- Directiva 2015/141/ CE de la comisión de 22 de diciembre de 2006 relativa a los preparados par lactantes y preparados de continuación y por la que se modifica la Directiva 2014/21/CE
- Pérez-Escamilla R, Curry L, Minhas D, Taylor L, Bradley E. Scaling up of breastfeeding promotion programs in low- and middle-income countries: the "breastfeeding gear" model. Adv Nutr. 2012;(6):790-800.
- Ley del IMSS. DOF 2015. 10 Ago 2015.] Ley del ISSSTE. DOF 2015.
- Decreto por el que se adicionan y reforman diversas disposiciones de la Ley General de Salud; de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional; de la Ley del Seguro Social; de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; de la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. DOF 2014. 10 Ago 2015.]

- Lactancia materna y negocios. [Consultado: 10 Ago 2015]. Voluntad política González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JA. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud Pública Mex. 2016;(supl 2):S170-9.
- Acuerdo por el que se establecen las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica que se sujeten al procedimiento de Certificación del Consejo de Salubridad General. DOF 2012.10 Ago 2015.] Organización Mundial de la Salud/UNICEF. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. OMS;
- Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se establecen las directrices para fortalecer la política pública en lactancia materna. Diario Oficial de la Federación 2014. Decreto por el que se reforma la fracción II del artículo 64 de la Ley General de Salud del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación 2014.
- Gobierno de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018. Programa Sectorial de Salud.
- Secretaría de Salud. Nuevas medidas para fortalecer la lactancia materna en México. SSA; 2015
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2015). Semana Mundial de Lactancia Materna 2014: presentación de la Estrategia Nacional.
- Caso de Brasil como ejemplo del involucramiento exitoso de tomadores de decisión
- Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Secular trends in breastfeeding in Brazil. Rev Saúde Pública. 2013;(6).
- Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como pasamos a 10 meses de duração. Cad Saúde Pública. 2014;19(supl.1):S37-45.
- Allain A. Fighting an old battle in a new World. Development Dialogue, Special Issue; 2005.

- Silva AC. The role of milk on nutrition policy and child feeding in Brazil. IUNS Workshop Rethinking infant nutrition policies under changing socioeconomic conditions. NORAD/SIDA/ DANIDA; 1980.
- REA MF. Substitutos do leite materno: pasado e presente. Rev. Saúde Públ. 2014
- IDEC. Amamentação desvalorizada–Monitor amentó 2014. Revista do IDEC; 2015.
- Victora CG, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. The Lancet Global Health. 2015;(4):e199-205.
- ENAM. Anais do XIII ENAM e III ENASC–“Qualidade de Vida: amamentação e alimentação complementar em redes–una visão a partir da Amazônia.” ENAM 2014.
- Legislación en torno a la lactancia. Normas, leyes y vacíos legales en el apoyo a la lactancia
- U.S. Department of Health and Human Services. Para conocer los efectos relacionados con la ausencia de lactancia materna. U.S. Department of Health and Human Services; 2014.
- Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA27.43, 27° Asamblea Mundial de la Salud, Catorceava Reunión Plenaria. OMS; 1974. [Consultado: 17 Dic 2015.]
- World Health Organization. The International Code of
- Marketing of Breast milk Substitutes. WHO; 1981.

10.2. COMPLEMENTARIA.

- Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2012
- UNICEF/Who. Innocenti Declaration. Florence, 2014.

- Gómez Papí A, Aguayo Maldonado MJ. Lactancia en el recién nacido prematuro. En: Manual de Lactancia materna, de la teoría a la práctica. Madrid: Ed Panamericana; 2014
- Gómez Papí A, Aguayo Maldonado MJ. Manejo de la lactancia materna en situaciones de separación madre hijo. En: Manual de Lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Ed Panamericana; 2015. p. 70-1
- Gómez Papí A, Aguayo Maldonado MJ. Rn casi a término. En: Manual de Lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Ed Panamericana; 2015
- Gómez Papí A. El recién nacido enfermo o prematuro (aspectos prácticos), el método de la madre canguro. Lactancia materna para profesionales. Comité de lactancia materna de la AEPED. Madrid: Ed Ergón; 2015
- Gómez Papí A. El recién nacido ingresado en neonatología. Lactancia materna para profesionales. Comité de lactancia materna de la AEPED. Madrid: Ed Ergón; 2016.
- Pérez-Escamilla R, Curry L, Minhas D, Taylor L, Bradley E. Scaling up of breastfeeding promotion programs in low and middle-income countries: the "breastfeeding gear" model. Adv Nutr. 2012
- Rioja G. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. [Consultado: 28 Ago 2015].
- Rodríguez-García R, Schaefer L. Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. Boletín la Of Sanit 2014.
- World Health Organization. Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación. WHO [Consultado: 28 Ago 2015]. [guide_es.pdf?ua=1](#) World Health Organization. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. WHO 1998.
- Cattaneo A, Quintero-Romero S. Protection, promotion and support of breastfeeding in low-income countries. Semin Fetal Neonatal Med. 2015
- Liyanagunawardena T. MOOCs: A systematic study of the published literature 2008-2012. Distrib Learn 2013.

- Casey D. The historical development of distance education through technology. TechTrends; 2008. [Consultado: 10 Ago 2015].

11. GLOSARIO.

A

- **ACTOZA:** Azúcar encontrada en la leche materna, como también en los productos lácteos como el queso y la mantequilla.
- **ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:** Alimentos que complementan la Lactancia Materna Exclusiva.
- **ALOJAMIENTO CONJUNTO:** Acción y efecto de mantener al recién nacido junto a la madre después del nacimiento.
- **ALUMBRAMIENTO:** Expulsión o extracción de la placenta y de las membranas fetales después de la salida del neonato.
- **AMENORREA DE LA LACTANCIA:** Ausencia de ovulación causada por la lactancia.
- **ANTIMETABOLITOS:** Compuestos inactivos que tienden a reemplazar o interferir la acción de un metabolito esencial.

C

- **CALOSTRO:** Líquido de color amarillento claro que segregan las glándulas

- **CHUPO DE ENTRETENCIÓN:** Dispositivo de goma elástica que se coloca al niño como medio de distracción.
- **CONDUCTO TAPADO (de leche) :** causado a menudo por la mastitis, los conductos tapados ocurren cuando los conductos pequeños de la leche en el seno se bloquean.
- **CONDUCTO:** Canal de paredes cerradas o tubular para vasos y nervios o secreciones principalmente.
- **CONDUCTOS MAMARIOS:** conductos del seno que llevan la leche de los alvéolos al pezón.
- **CONGESTIÓN DEL SENO:** Sobrecarga de la glándula mamaria, que se presenta con la bajada de la leche, debido a la gran cantidad de sangre circulante, a la acumulación de líquido en el tejido de soporte y de leche en el tejido glandular.
- **CONTACTO TEMPRANO:** Inicio del vínculo afectivo madre-hijo durante la primera media hora de su nacimiento.
- **CORPUSCULOS:** mecanorreceptores

D

- **DEFICIENCIA PRIMARIA DE LACTOSA:** también conocida como intolerancia de lactosa, la deficiencia de lactasa causa una inhabilidad para digerir la lactosa, un azúcar encontrado en la leche y productos lácteos, resultando en la carencia de la enzima de la lactasa. Una deficiencia de lactasa puede causar malestar, hinchazón, gas y diarrea al consumir leche y productos lácteos
- **DEPRESIÓN:** Disminución de la actividad vital en una parte o en la totalidad del cuerpo.
- **DESTETE:** Paso de la Lactancia Materna Exclusiva a la complementación con otros alimentos. Suele iniciarse gradualmente a partir del sexto mes cuando el niño no puede continuar su crecimiento con una alimentación exclusivamente láctea.
- **DOLOR DE PEZONES:** Sensación desagradable de intensidad variable que se percibe en el pezón por agresión leve o intensa sobre él.

E

- **ESTADO NUTRICIONAL:** Grado de adecuación de las características anatómicas y fisiológicas del individuo, con respecto a parámetros considerados normales, relacionados con la ingesta, la utilización y la excreción de nutrientes.
- **EXTRACCIÓN MANUAL:** Maniobras por medio de las cuales se activa el reflejo expulsor de la leche materna.

F

- **FACTOR DE CRECIMIENTO:** Sustancias presentes en la leche materna, que ayuda al desarrollo de las células de revestimiento de las mucosas del cuerpo.
- **FISURAS:** Defecto o solución de continuidad de la piel de la areola o del pezón causada por técnica inadecuada de succión.
- **FOTOTERAPIA:** tratamiento ligero en el cual la piel del bebé es expuesta a luces fluorescentes especiales para tratar la ictericia. En casos menores, la exposición a la luz del sol es algunas veces recomendada.
- **FOTOTERAPIA:** Tratamiento que utiliza las propiedades terapéutica de la luz para la ictericia.

G

- **GLANDULAS DE MONTGOMERY:** También conocidas como glándula areolar, éstas son glándulas pequeñas debajo de la areola que pueden agrandarse durante el embarazo y la lactancia y parecen espinillas en la areola. Las glándulas de Montgomery segregan los aceites que lubrican el pezón.
- **GLANDULAS MAMARIAS :** Los senos son dos órganos independientes,
- **GRUPO DE APOYO:** Grupos de funcionarios de salud y comunidad (madres comunitarias, gestores y vigías de salud), que desarrollan actividades de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna.

H

- **HEMORRAGIA POST-PARTO:** Toda pérdida de sangre mayor de 500 ml., después del tercer período del parto (alumbramiento).

I

- **ICTERICIA:** Causada por un exceso de bilirrubina, la ictericia causa un color amarillento en la parte blanca de los ojos y la piel. La ictericia es relativamente común en los recién nacidos, y es tratable.
- **INFECCIÓN:** Penetración de microorganismos patógenos al interior del tejido mamario.
- **INFLAMACION:** Ocurre cuando un área del cuerpo se irrita o se infecta, causando hinchazón, calor, descoloración y dolor.
- **INICIO PRECOZ:** Amamantamiento o lactancia, que se realiza en la primera media hora después del nacimiento.
- **INVOLUCIÓN:** Retorno progresivo del tamaño uterino al estado pre grávido de reposo después del parto.

L

- **LACTAGOGOS:** Sustancia que estimulan la secreción láctea.
- **LACTANCIA:** secreción de leche materna, o lactar.
- **LACTOMAMILAS:** Es un recolector de leche plástico que se coloca sobre el seno, por dentro del sostén.
- **LACTOSA:** Azúcar de la leche, disacárido cristalino que existe en la leche (4-7%). Por hidrólisis se desdobra en sus componentes galactosa y glucosa.
- **LECHE DEL FINAL DE LA MAMADA:** Leche que contiene más grasa, por tanto es rica en calorías y hace que el niño aumente de peso.
- **LECHE DEMANDA:** Petición de amamantar que hace el recién nacido de acuerdo a sus necesidades, sin tener en cuenta horarios tanto de día como de noche.
- **LEUCOCITOS:** Los glóbulos blancos
- **LEY DE OFERTA Y DEMANDA:** A mayor estímulo de la succión (demanda), mayor producción láctea (oferta).

M

- **MACROSOMICO:** Desarrollo o tamaño exagerado del cuerpo.
- **MALA TÉCNICA:** Colocación incorrecta del niño al seno.
- **MALFORMACIÓN:** Anomalía congénita de un órgano o región corporal por un trastorno de su desarrollo embrionario.
- **MASTITIS:** generalmente ocurre en mujeres que lactan, la mastitis hace que los senos se sientan adoloridos, duros e incómodos. La mastitis es causada cuando las bacterias entran en el seno a través de una rotura o de una grieta en la piel del pezón (como éstos causados por pezones resecos) o por un conducto de leche tapado.
- **MENARQUIA:** Primer sangrado menstrual.
- **MICRONUTRIENTES:** nutrientes (tales como vitaminas y minerales) requeridos por el cuerpo en cantidades muy pequeñas.
- **MONILIASIS ORAL:** Afección micótica provocada por la Cándida Albicans sobre la mucosa oral.
- **MOTIVACIÓN:** Conjunto de razones positivas, que mueven a la acción para realizar un acto.

N

- **NUTRIENTE:** parte del alimento que es absorbida y utilizada por el cuerpo para obtener energía, formar y reparar tejidos y para protegerse frente a las enfermedades.

O

- **OBSTRUCCIÓN NASAL:** Impedimento que se presenta en las fosas nasales, secundarios a edema de las paredes o por mucosidades que no logran expulsarse.
- **OXYTOCIN:** Hormona que ayuda a producir el reflujo de la salida de la leche. El oxytocin también causa las contracciones uterinas, que ayudan al útero de una madre a volver a su tamaño normal después de dar a luz.

P

- **PASTEURIZACIÓN:** Calentamiento de la leche durante 15- 20 minutos, a 70 grados centígrados y enfriamiento rápido. Con ello se destruyen gérmenes patógenos sin que modifiquen las sustancias proteicas, como ocurre en la ebullición.
- **PERSONALIDAD:** Repertorio habitual de conductas psicosociales que expresan en cada individuo la integración singular de su características, cognoscitivas, afectivas y cognitivas, que son reconocidas por él mismo y por los demás como una individualidad autónoma y constantes.
- **PEZON INVERTIDO:** Pezón que se contrae hacia adentro del cuerpo, en vez de sobresalir cuando se comprime la areola (el área oscura que rodea el pezón).
- **PEZÓN INVERTIDO:** Protrusión hacia adentro, por debajo del nivel de la piel del pezón, que por más que se trate de exteriorizar retorna nuevamente a su posición anormal.
- **PEZON:** La parte que sobresale del seno que se extiende y llega a ser más firme con el estímulo o en temperaturas frías. En la lactancia, la leche viaja de los alvéolos al pezón.
- **POGESTINA:** hormona que ayuda con varias funciones en el útero. Cuando está combinada con estrógeno, la progestina previene que el forro del útero se ponga grueso. Las progestinas también son recetadas para regular y para tratar irregularidades en la menstruación, para ocasionar o mantener un embarazo, o para tratar sangrados grandes e irregulares del útero. Las progestinas también son utilizadas en contraceptivos, en el seno, riñón, y tratamientos de cáncer uterinos, y ayuda a la pérdida de apetito y pérdida severa de peso o de músculo.
- **PRENATAL:** Período comprendido entre la concepción y el momento del parto.
- **PROBLEMAS TEMPRANOS:** Son situación anormales que se presentan en las primeras semanas después del nacimiento, relacionados con producción y obtención de leche.

- **PRODUCCIÓN DE LECHE:** Proceso mediante el cual el organismo humano respondiendo a estímulos físicos (succión) y hormonales (oxitocina y prolactina) elabora final que es la leche materna.
- **PROGESTERONA:** Hormona producida por los ovarios. La progesterona, junto con el estrógeno, prepara el útero (matriz) para la ovulación cada mes, y ayuda al huevo fertilizado si ocurre el embarazo. La progesterona también ayuda en la producción de leche y en la lactancia.
- **PROGRAMA CANGURO:** Manejo Integral del recién nacido prematuro y de bajo peso con participación de la madre.
- **PROLACTIN:** hormona que estimula al seno para producir la leche para lactar. La prolactina también inhibe la ovulación.
- **PUERPERIO:** Período que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y el estado general de la mujer vuelve al estado ordinario anterior a la gestación.

Q

- **QUIMIOPROFILAXIS:** Profilaxis pro sustancias químicas.
- **QUIMIOTERAPIA:** Tratamiento por sustancias químicas, fundado en la afinidad que poseen ciertos compuestos químicos por microorganismos determinados, sin dañar los tejidos orgánicos.
- **QUIMIOTERAPIA:** tratamientos de fármacos contra el cáncer.

R

- **REFLEJO DE EYECCIÓN:** Acción mediante la cual la leche es expulsada de la glándula mamaria, por acción de la hormona oxitocina, producida en la neurohipófisis y que se es sensible al estado anímico de la madre.
- **REFLEJO DE SAÑLIDA DE LA LECHE:** reflujo que hace que la leche sea creada y que fluya por los conductos de la leche y del pecho.

S

- **SENOS LACTIFEROS:** Porción grande del conducto de la leche, localizado detrás de la areola y conectada con el pezón. Piscinas de leche materna en los senos lactíferos durante la lactancia.
- **SESGOS:** torcer o atravesar algo
- **SIDA:** virus de inmunodeficiencia humana
- **SIFILIS:** enfermedad de transmisión sexual
- **SUSTANCIAS RADIATIVAS:** Sustancias dotadas de radiactividad: Actinio, Polonio y Radio por ejemplo.