

Lactancia materna:  
Una fuente  
natural de vida





# **Trabajo Final de Grado**

## **Licenciatura en Psicología**

**Modalidad: Monografía.**

**-Lactancia Materna: Una fuente natural de vida-**

Estudiante: Jessica Pereira Silvera

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías

Mayo 2017

# ***Índice***

<b><i>Resumen</i></b> .....	1
<b><i>Introducción</i></b> .....	2
<b><i>Capítulo I. Lactancia materna y sus repercusiones</i></b> .....	6
<i>1.1 Aspectos nutricionales y de salud</i> .....	6
<i>1.2 Aspectos psicológicos, vinculares y emocionales fomentados por la lactancia materna</i> ..	7
<b><i>Capítulo II. Contextualización de la lactancia materna</i></b> .....	10
<i>2.1 La situación a nivel internacional</i> .....	10
<i>2.2. Uruguay y su desarrollo en políticas de apoyo a la lactancia materna</i> .....	15
<b><i>Capítulo III. Mitos sociales y dificultades frecuentes en la práctica de la lactancia</i></b> .....	22
<b><i>Capítulo IV. Prácticas sociales e institucionales que dificultan la lactancia</i></b> .....	27
<b><i>Consideraciones finales</i></b> .....	32
<b><i>Referencias bibliográficas</i></b> .....	36

## ***Resumen***

El presente trabajo se encuentra enmarcado en la importancia de la lactancia materna y sus repercusiones, exponiendo diferentes aspectos sociales, institucionales y psicológicos que intervienen e influyen en su desarrollo, evidenciando su situación en nuestro país y en el mundo.

Nos convoca desde nuestra disciplina tomar contacto con esta temática debido a que los primeros vínculos e interacciones de cada sujeto con el mundo exterior influirán en su futuro desarrollo físico y psicológico.

La leche materna, considerada el alimento más adecuado para brindarle a un recién nacido ya que contiene todos los nutrientes que necesita para su adecuado desarrollo físico, así mismo la práctica de amamantar le proporciona al bebé la sensación de gratificación, amor y sostén promoviendo que se establezca la relación de apego.

La lactancia materna exclusiva inmediata después del nacimiento favorecerá el vínculo madre-hijo. Pero se visualizan dos grandes obstáculos para la lactancia materna. Por un lado, intervenciones que realizan los profesionales en los servicios de salud y por otro lado la existencia de mitos que se transmiten socialmente, motivado por la desinformación.

A nivel internacional hay un vasto número de organizaciones e instituciones que han proporcionado recomendaciones e información en torno a la lactancia materna, sus beneficios, buenas prácticas, intervenciones innecesarias, mitos y realidades.

Mientras que a nivel nacional, se han tomado en cuenta los aportes internacionales y se han venido desarrollando medidas para la promoción de la lactancia materna, aunque según las últimas encuestas las disposiciones tomadas no han alcanzado a satisfacer las recomendaciones internacionales.

**Palabras clave:** Lactancia, beneficios, diada madre-hijo.

## ***Introducción***

La realización de este trabajo se encuentra enmarcado dentro del Instituto de Psicología de la Salud, a partir de una búsqueda, revisión y lectura bibliográfica se pretende dar cuenta de la relevancia de la lactancia materna, considerando que desde la psicología y diferentes autores los primeros vínculos e interacciones de cada sujeto con el mundo exterior influirán en la construcción de su psiquismo y serán la base de sus relaciones sociales futuras.

Es por lo expuesto anteriormente que el presente trabajo busca abordar la temática de la lactancia materna y para ello, se dividió el trabajo en IV capítulos.

En el capítulo I se expondrán las repercusiones que tiene la práctica de lactancia materna a nivel de salud y de aspectos psico-afectivos tanto para el bebé como para la madre y la interacción de la diada. En este capítulo se destacará la lactancia materna como la alimentación idónea para recién nacidos y niños pequeños debido a las características de su composición y los efectos que a nivel del desarrollo físico e inmunológico tienen para ellos, quienes sean amamantados con leche materna estarán más protegidos ante enfermedades como diarrea, hepatitis, obesidad infantil, enfermedades gastrointestinales (International Baby Food Action Network "IFBAN", Red Uruguay de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil "RUANDI", y UNICEF, 2004), meningitis, leucemia y muerte súbita (Gonzales,2006). Por otra parte, la interacción entre madre-hijo que implica la lactancia materna desencadenará una serie de acciones que facilitaran el relacionamiento con su madre y el entorno (Ospina, Jiménez, y Villamarín, 2015). Desde la psicología se ha demostrado que esto tiene efectos importantes, aportándoles a los recién nacidos experiencias reconfortantes y positivas (Altamn y Gril, 2000), que le darán confianza para explorar el mundo (UNICEF y Fundación Kaleidos, 2012) y facilitarán la creación de vínculos adecuados a posteriori (Ospina, Jiménez, y Villamarín, 2015). Esto se llevará adelante gracias al apego que se genera con el cuidador, un vínculo psicológico que se desarrolla a partir de las relaciones que se dan entre madre e hijo por medio del contacto, la mirada, el sostén, que son facilitadas por la alimentación (Altamn y Gril, 2000).

La lactancia también aporta beneficios para la madre, quien tendrá posibilidades de recuperar más fácilmente su peso anterior, y menos probabilidad de tener cáncer de ovario, mamas, o síndrome de depresión pos-parto (Dois, Lucchini, Villaroel, y Uribe (2013). La oportunidad de amamantar dentro de la primera hora de vida estimula a la madre a producir leche así como también enseña al bebé más rápidamente a succionar correctamente (Estefanell et al., 2009). Alentar este primer encuentro es fundamental

para el posterior desarrollo de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses como lo recomiendan las organizaciones internacionales y en nuestro país, el Ministerio de Salud Pública (OMS, 2003; OMS, 2017).

Posteriormente, en el capítulo II se hace un recorrido histórico sobre diferentes estrategias, propuestas, leyes, y normas formuladas por organismos e instituciones internacionales y nacionales con el fin de promover la correcta práctica de lactancia materna en el mundo y cumplir con metas y objetivos que sustentados en diversos estudios garantizan una alimentación y desarrollo saludable de los niños. Entonces, a nivel mundial diferentes organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF creada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) destacan la importancia que tiene promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses complementándola con otros alimentos adecuados para los pequeños hasta por lo menos dos años de edad. Se considera a éste un elemento crucial para cumplir con objetivos sanitarios nacionales e internacionales a mediano plazo. Las cifras de recién nacidos y niños que mueren en el mundo antes de los cinco años es significativo, y si bien varios factores son los que influyen en este acontecer se cree que el apoyo y promoción de la lactancia materna podría disminuir esos números (UNICEF, 2016).

En nuestro país, según cifras proporcionadas por la última encuesta llevada a delante por UNICEF en 2011, 40.7% de esos niños mamaron después de la primera hora, y de éstos 19.6% lo hicieron luego de tres horas de haber nacido. Es un número bastante elevado si consideramos que Uruguay cuenta con diversos dispositivos puestos en marcha a través del Estado para promover la lactancia materna (MSP et al., 2011).

La reforma de salud que vivió Uruguay (2005) llevó a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) quien llevaría adelante una política de Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño (BPA), estimulando a los servicios de salud a poner en prácticas dichas medidas a cambio de una remuneración económica y el reconocimiento de tales como Hospitales Amigo del Niño Pequeño y el Lactante.

Uruguay cuenta con un subsidio por maternidad que estimula y apoya a las madres durante las primeras semanas luego del nacimiento del bebé para que permanezcan con él, contando además con el derecho a la reducción de la jornada laboral a medio horario (Ley N° 19.161).

Mientras que a nivel de servicios de salud, se cuenta con una Norma de Lactancia Materna que ha sido actualizada en el presente año, en la cual se destacan prácticas específicas para estimular la lactancia materna exclusiva, se pretende controlar el cumplimiento de las buenas prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño en

los hospitales acreditados como Hospitales Amigos del Lactante y Niño Pequeño, y se considera muy importante capacitar a los funcionarios de los servicios de salud para que se apoye, proteja y promueva la lactancia materna exclusiva, entregándose además manuales con contenidos de consejería en lactancia como forma de incentivar la capacitación de dichos funcionarios (MSP, 2017).

En el capítulo III se plantean mitos sociales que dificultan la correcta práctica de la lactancia y llevan al abandono de la lactancia materna exclusiva. Destacándose entre ellos que no todas las madres pueden producir suficiente y buena calidad de leche para sus hijos haciendo que el niño no aumente bien de peso, y que además es necesario la incorporación de aguas o tés aromáticos así como también la utilización del biberón como un elemento inofensivo. Algunos mitos relacionados a la lactancia a demanda hacen referencia a la necesidad del niño a una rutina u horario para su alimentación, demasiada frecuencia de lactancia puede provocar obesidad, depresión pos-parto en la madre, y/o tener un efecto negativo en la relación de pareja y en el vínculo con el bebé. Creyéndose también que la succión del pezón sin objetivo de alimentación y la lactancia prolongada luego del año no tienen sentido, ya que en este último caso se cree que la leche va perdiendo calidad (Marasco, 2005; UNICEF, s.f a). Estos mismos autores afirman que todas las madres producen suficiente leche para sus hijos porque es un proceso que está regido por la oferta y la demanda, la utilización de biberones puede producir confusión en el bebé y dificultar la alimentación ya que como explica González (2006) no se succionan del mismo modo la mama y el biberón. Durante las primeras semanas el bebé requiere ser amamantado aproximadamente 9 veces en 24 horas, demandara alimentarse cada hora y media al principio, por ello no se debe poner horarios a su alimentación. Al pasar los meses la frecuencia irá variando según la producción de leche y la capacidad de almacenamiento de la misma, así como también de las necesidades de crecimiento del niño. Y es importante mencionar que muchas veces los niños utilizan la succión del pezón sin un fin de alimentación pudiéndose deber esto a que se sienten solos, tienen miedo, estrés, frío, sueño, necesidad de calor humano o algo les duele y encuentran en esa interacción con el vínculo materno una forma de calmarse (Marasco, 2005; UNICEF, s.f a; Marcos, 2011).

Y para finalizar en el capítulo IV se desarrollan las prácticas que se realizan a nivel de servicios de salud. Por un lado, las últimas encuestas nacionales ofrecen porcentajes de recién nacidos que son alimentados con sustancias diferentes de leche materna, los elementos utilizados para dichos propósitos y el tiempo transcurrido para la primera toma. Y por otro lado se visualizan a nivel internacional diversos estudios e

investigaciones que hacen referencia a la existencia de esas prácticas, dando cuenta de su presencia a nivel internacional y de la necesidad que sean modificadas.

La literatura científica ha mostrado cómo ciertas rutinas que se realizan a nivel hospitalario en las salas de parto y en el posparto, perjudican de forma significativa la interacción del bebé con su madre (Romero et al., 2012).

Newman (1990) expresa que la separación de la madre y el bebé es un error importante que se comete a nivel hospitalario, principalmente en la primera hora de vida, ya que se convierte en un obstáculo para la lactancia a demanda e incentiva una práctica prejudicial como es la introducción de tetinas en los biberones y chupetes. El uso de estos objetos o de fórmulas infantiles en los hospitales son considerados como factores negativos para que se establezca la lactancia materna, es evidente que el riesgo de interrumpir el amamantamiento al estar expuesto a estas condiciones aumentan las dificultades para la misma (Osorio y Botero, 2012).

A nivel nacional, como ya se mencionó anteriormente el porcentaje de niños que mamaron después de la primera hora es elevado (MSP, MIDES, RUANDI y UNICEF, 2011) y en lo que respecta al primer alimento incorporado, el 85.1 % de los niños recibió leche materna, mientras que el 14.6 % tomó otras leches y el 2.1 % ingirió agua o suero (MSP, 2011).

En Uruguay con la actualización de la Norma de Lactancia Materna, ahora llamada Norma para la Implementación y Desarrollo de Acciones que Protegen, Promueven y Apoyan la Lactancia Materna en todo el Territorio Nacional (MSP, 2017) se visualiza un intento de solucionar algunos de estos déficits que tenemos, por ejemplo al querer capacitar a los funcionarios de los servicios de salud que trabajan vinculados a la diada madre-hijo, al promover la lactancia materna exclusiva, así como también al controlar más a las instituciones para que se cumplan las buenas prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño, ayudando a reducir obstáculos para la lactancia materna.



## ***Capítulo I. Lactancia materna y sus repercusiones***

### ***1.1 Aspectos nutricionales y de salud***

La lactancia materna es el alimento más valioso desde el punto de vista nutricional que se puede ofrecer a los recién nacidos al comienzo de sus vidas. Por este motivo ha sido y es promovida a nivel internacional y nacional por la Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF, 1990), Declaración de Innocenti (OMS et al., 2005), Iniciativa Hospital Amigo del Niño (OMS, OPS, y UNICEF, 2009), UNICEF (OMS, 2003) y OMS (2017).

Para IFBAN, RUANDI, y UNICEF (2004) la leche materna desde el nacimiento hasta los seis meses de vida de forma exclusiva y hasta los dos años o más acompañada por alimentos complementarios, es considerada el mejor, simple y sabio alimento que puede recibir un niño, ya que tiene todos los nutrientes que necesita. Lo previene de posibles enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias, y también ayuda a prevenir otras que pueden aparecer a largo plazo como cáncer, asma, obesidad y diabetes infantil, enfermedades gastrointestinales. González (2006) adiciona que también puede prevenir al bebé de padecer leucemia, meningitis y muerte súbita.

El recién nacido no es el único en ser beneficiado, la lactancia materna también podrá beneficiar a la madre. Dois et al. (2013) expresan que ayuda a disminuir la ansiedad, estimula su percepción de autoeficacia y la vinculación afectiva madre-bebé, disminuyendo además la posibilidad de padecer depresión pos-parto. Por su parte Gallardo (2014) y la American Academy of Pediatrics (1997) manifiestan que hay numerosos estudios que muestran otros beneficios que brinda la lactancia materna, como una menor posibilidad que surja cáncer de mamas antes de la menopausia y cáncer de ovario, permitiendo retornar más fácilmente el peso anterior al embarazo, y favorece también a la ovulación tardía dejando más espacio temporal entre un embarazo y otro. Así como también disminuye los riesgo de fracturas por osteoporosis, pérdida de hierro, diabetes, caída del cabello y anemia (González, 2006).

Rivara et al. (2007) coinciden con Dois et al. (2013) en que el alojamiento conjunto y el contacto piel con piel tienen beneficios para ambos, estimulando la lactancia materna inmediata y una mayor satisfacción materna de esa experiencia. Estas prácticas disminuyen las posibilidades que aparezca depresión pos-parto y ansiedad, lo cual puede provocar entre otras cosas, deterioro en la relación entre madre e hijo, generando apegos inseguros e inestabilidad para llevar adelante una lactancia eficaz.

Durante los primeros años de vida el vínculo y el apego van a organizar las respuestas emocionales de los niños, estas experiencias serán determinantes en su crecimiento,

en las conexiones sinápticas y la calidad del cerebro. Este último necesita de buenos sustratos, nutrientes y estímulos para crecer, que se encuentran en el pecho y en los brazos maternos. Al nacer el volumen cerebral del bebé es de 25 % y a los dos años el 90%, la leche materna es muy importante debido a que 75 % de los componentes del cerebro se encuentran en ella (Romero, Aler Gay, y Olza, 2012).

De acuerdo con Uvnas-Moberg y Winberg (citado en Moore, Anderson, y Bergman, 2007) a través de estímulos como el olor, el calor y el tacto que propicia el contacto piel con piel se estimula la liberación de oxitocina en la madre. Esta produce un aumento de la temperatura de las mamas, brindándole calor al recién nacido. Además reduce efectos de lucha/huida, y por consiguiente la ansiedad materna (Romero et al., 2012). Continuando con los beneficios que ofrece el contacto piel con piel, IFBAN et al. (2004) consideran que el mismo facilita la adaptación del bebé al medio y que se establezca la relación de apego, favoreciendo la lactancia materna, proporcionándole efectos positivos para toda la vida. Además el amamantamiento es una invaluable oportunidad de expresar amor en el comienzo mismo de la vida.

### ***1.2 Aspectos psicológicos, vinculares y emocionales fomentados por la lactancia materna***

Podemos encontrar un sin número de teóricos que han profundizado en este tema desde hace muchos años atrás. En esta línea, Winnicott (1993) expresa que el bebé se encuentra en un estado de dependencia absoluta de su madre, ésta le proporciona cuidados maternos, y él solo puede aprovecharlos o sufrirlos. El tipo de dependencia variará según el sostén que proporciona la madre. Este concepto implica además de sostenerlo literalmente, protegerlo, hacerse cargo de su cuidado, tomar contacto con su piel, su temperatura, sus ojos. Constituyendo la base de las primeras relaciones de objeto y experiencias gratificantes del niño, que llevarán a una buena salud mental. Su desarrollo estará facilitado por el cuidado de una madre “suficientemente buena”.

Durante los primeros meses de vida, las formas de comunicación entre el bebé y su cuidador son a través de la mirada y el tacto. Mirarse mutuamente ayuda a reconocer emociones en el otro, desarrollando la capacidad de empatía en el bebé (UNICEF y Fundación Kaleidos, 2012).

Altmann y Gril (2000) al citar a Bowlby (1973) manifiesta que los niños pueden sufrir situaciones reales de pérdidas, separación, y rechazo, influyendo en su desarrollo y con posibles consecuencias patológicas a largo plazo.

Según Bowlby (1998) se ha reconocido durante mucho tiempo que las bases de la personalidad del niño se inscriben a partir de las primeras relaciones. En un principio es la madre quien a través de sus acciones asegura la proximidad con su hijo. Ese vínculo que une a la madre y el niño es fruto de una serie de conductas que tendrán como consecuencia aproximarse a ella. Mientras que el llanto y la sonrisa tienden a acercar a la madre hacia el bebé, el seguimiento y el aferramiento aproximan al bebé hacia la madre. Ésta al promover conductas de succión, llanto, sonrisas, seguimiento y el aferramiento estimula a forjar el apego en el niño, que se pondrá de manifiesto a partir de los seis meses aproximadamente. Tanto la especie humana como algunos otros mamíferos tienen como condición esencial la conducta del apego, así lo expresan Altmann y Gril (2000).

Spitz (1970) manifiesta que, según la teoría psicológica toda función psíquica, ya sea sensaciones, percepciones, acciones o pensamientos implican un proceso afectivo que se puede apreciar entre madre e hijo desde el nacimiento, y abrirán las puertas para otras relaciones posteriores, dando forma al psiquismo infantil. Expresa además la importancia que tiene la presencia de la madre y las mínimas acciones que ésta ejerce sobre el bebé, provocando acciones rudimentarias en él que aportarán al desarrollo de su personalidad.

Al realizarse de forma adecuada, la lactancia materna desencadena una serie de sucesos muy importantes para el desarrollo emocional del bebé, con ayuda de la lactancia la madre podrá comprender las necesidades del bebé para satisfacerlas, esto permitirá que él comience a sentirse protegido por el otro, y además facilitará la creación de vínculos adecuados a posteriori (Ospina, Jiménez, y Villamarín, 2015).

Desde el comienzo de su vida, el bebé tiene la necesidad ser sostenido emocionalmente por otro, se interesa por otro, busca relacionarse con otro, porque son rasgos de salud mental. Esto podrá llevarse a cabo siempre y cuando haya un otro, el cuidador primario quien generalmente es la madre, que esté disponible para él, puesto que el bebé al nacer no puede valerse por sí solo, está indefenso, necesita de otro que le brinde lo necesario para sobrevivir (UNICEF y Fundación Kaleidos, 2012).

Para Melanie Klein (1952) los bebés o niños pequeños responden a ciertas acciones de su madre, ya sea su voz, sus manos, un gesto sonriente, ser amamantados, saciar su hambre, estos factores le dan al bebé la sensación de gratificación y amor; atributos del pecho bueno, que le ayudan a contrarrestar sentimientos de pérdida y frustración del pecho malo. Al decir de Altmann y Gril (2000) la estructuración del psiquismo para Klein

se construye a partir del vínculo con el pecho y la relación entre las ansiedades y defensas.

Estas interacciones satisfactorias que vive el bebé lo ayudan a tener confianza para adentrarse a explorar el mundo con seguridad ya que sentirá a sus cuidadores atentos y disponibles a sus necesidades (UNICEF y Fundación Kaleidos, 2012). Esto se puede llevar adelante gracias al apego que se genera, un vínculo psicológico que se desarrolla a partir de las relaciones que se dan entre madre e hijo por medio del contacto, la mirada, el sostén, que son facilitadas por la alimentación (Altamnn y Gril, 2000).

Winnicott (1958) considera que es la madre la persona ideal para cuidar al bebé ya que durante el embarazo y hasta unas semanas después del mismo la madre se encuentra exaltadamente sensible, casi enferma, la única capaz de entrar en este estado, luego salir fácilmente y olvidarlo, llamado preocupación materna primaria.

Al principio el bebé no puede autorregular sus emociones y queda expuesto a reacciones emocionales intensas, y gracias al relacionamiento con otro quien a través del abrazo, acunarlo, calmarlo, o hablarle irá enseñándole a regular sus emociones, esto será fundamental para la estructuración de su psiquismo (UNICEF y Fundación Kaleidos, 2012; Silva, 2013).

Como expone Winnicott (1958) los recuerdos de buenas experiencias que tiene el bebé le brindan confianza, ayudan a la incorporación del objeto transicional, a la sustitución del pecho y sucesión de la madre.

## ***Capítulo II. Contextualización de la lactancia materna***

### ***2.1 La situación a nivel internacional***

La Convención de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1989 en su artículo 24, apartado 2e, detalla que todo sector de la sociedad y en particular los padres y niños deben, entre otras cosas conocer las ventajas de la lactancia materna así como los principios básicos de la nutrición y salud (UNICEF, 1990).

En las últimas décadas diversidad de estudios científicos han proporcionado datos que han permitido comprender la importancia de una adecuada alimentación, y factores que favorecen y/o impiden la misma, en concordancia con esto, UNICEF (2005) se encuentra constantemente promoviendo la lactancia materna, con ayuda de organizaciones, profesionales y empresas ha llevado adelante entre otras cosas la publicación del libro *Bienvenido bebé*, donde se detalla la importancia de la lactancia materna para el bebé y su mamá, los beneficios y consejos para llevarla adelante con una terminología apta para todo público.

Vallone (2009) desarrolla en uno de sus trabajos que la búsqueda de alternativas en relación a la alimentación se ha venido implementando desde la época de las nodrizas hasta llevar a las fórmulas, ligado más a intereses económicos que a la promoción de salud. Este autor explica que en 1600 la alimentación del niño era a demanda y hasta los dos años. Entre 1880 y 1899 se da un gran desarrollo del biberón. Para 1900 en Inglaterra durante la segunda Revolución Industrial se dio una reducción de la lactancia a un año y con horarios rígidos. Emmett Holt, quien fue considerado el padre de la pediatría norteamericana publicó una teoría en la cual una simple regla matemática oficializo que con “diez minutos cada cuatro horas” era suficiente para alimentar a un bebé. Sin más, se fue universalizando convirtiéndose en norma, funcionando muy bien para bebés alimentados artificialmente (Vallone, 2009). Así mismo, este autor explica que ya en esa época Nestlé -empresa fundada por Henri Nestlé en 1866 en Suiza- estaba produciendo y vendiendo cientos de miles de alimentación para bebés en América y Europa. Estos productos fueron considerados causantes de muertes, cegueras y malnutrición de niños, pero continuaron en el mercado hasta 1977 y Nestlé fue a juicio e incitado a cambiar las prácticas de comercialización.

Siguiendo en la línea de la teoría de Holt, Gonzalez (2006) expone que esta teoría pertenecía a la escuela alemana, mientras que la escuela francesa recomendaba dar pecho cada tres horas con un “descanso nocturno”, esto significaba que durante seis

horas en la noche no debía alimentarse al bebé, incluso agrega que otros profesionales ponían horas exactas en las que se debía alimenta al pequeño.

En la década del setenta se observó un descenso de la alimentación con leche materna ocasionada entre otras cosas por la promoción de sucedáneos manufacturados de la misma. Tras varios años de debate se llegó a la creación del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna (OMS, 1981). Teniendo en cuenta que, la leche materna es el alimento ideal para el mejor crecimiento y desarrollo del lactante protegiéndolo de muchas enfermedades, y ante la presencia de casos donde no es posible la lactancia materna natural existen productos en el mercado para ser utilizados en esas situaciones. Dicho código tiene el propósito de contribuir a proporcionar a los lactantes un alimento seguro, garantizando el adecuado uso de los sucedáneos en los casos que sean necesarios, con correctos métodos de distribución y comercialización de los mismos, así todos los niños podrán acceder a ellos para su mejor desarrollo. Se advierte que los sucedáneos no deben ser utilizados de forma tal que obstruyan la lactancia natural la cual es protegida y promovida por el mencionado código. Como forma de proteger la lactancia materna natural, dentro del Código se especifica que no debe promoverse ni facilitarse a embarazadas ni madres muestras de sucedáneos por parte de fabricantes, distribuidores o médicos pediatras (OMS, 1981).

Siguiendo como lo que dice Vallone (2009) hasta esa fecha la OMS solo había publicado un reporte en relación a las empresas vinculadas a la producción y comercialización de sucedáneos. Se ha delegado a IFBAN el control y monitoreo de esas prácticas de mercadeo de las empresas de alimentos infantiles. Esta organización ha presentado informes donde se aprecia el incumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna por parte de revistas médicas donde en vez de brindar información científica y objetiva se promocionan sucedáneos de leche. En estas situaciones hay remuneraciones económicas mediante, este detalle abre otra puerta a indagar en la cual no se entrará, pero si vale la pena mencionar y cuestionarse ¿Cuál es la postura ética de dichas revistas? También hay que destacar que al parecer hubo un antes y un después del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna (1981). Previo a la implementación de dicho código existían las formulas infantiles comunes que se brindaba desde el nacimiento y las de seguimiento que era a partir de los seis meses, posterior al código surgen variedades que comprendían aquellos casos que antes no se tenían en cuenta, como leches para prematuros, sin lactosa, a base de soja, las antirreflujo, y de crecimiento. Esto permite cuestionar la eficacia de la creación por parte de la OMS del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna (1981)

para controlar la calidad de los productos que el mercado brinda a los más pequeños, si al menos en 25 años no se han realizado controles frecuentes y se delega a otros este trabajo. Considerando también que las empresas de producción de sucedáneos a partir de la implementación del Código desarrollaron nuevas fórmulas para abarcar más y nuevos consumidores.

OMS y UNICEF crearon y aprobaron la Declaración de Innocenti llevada a cabo en 1990 (Gallardo, 2014), donde se plantearon políticas a nivel mundial sobre lactancia materna en esa década, teniendo en cuenta que la lactancia materna es el mejor alimento para el lactante favoreciendo su crecimiento y desarrollo, reduciendo la aparición de enfermedades infecciosas teniendo como beneficio la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil. Por otra parte, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama en la madre, proporciona beneficios a nivel económico tanto familiar como nacional, ya que la lactancia materna tiene costos prácticamente nulos exceptuando los que implican una buena alimentación de la madre. En función de esto, dicha declaración propone como meta mundial que todas las mujeres deberán poder practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento del bebé hasta los cuatro o seis meses del mismo, luego se deberá incorporar alimentos complementarios a la misma, que se continuara incorporando hasta los dos años del niño aproximadamente. Para que esto se pueda llevar a cabo es necesario que los gobiernos desarrollen políticas que promuevan la lactancia materna, reforzando su promoción, apoyo y protección, eliminando los obstáculos del amamantamiento que surgen en los sistemas de salud, en la comunidad y en los lugares de trabajo. La capacitación del personal de salud es fundamental entre otras cosas para apoyar a la mujer a sentirse confiada en que puede lograr la lactancia, y no es de menor importancia incentivar una adecuada alimentación de las mujeres para tener óptima salud tanto ellas como los niños (OMS et al., 2005).

En respuesta a la Declaración de Innocenti (OMS et al., 2005) se creó en 1990 la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño (IHAN). Si bien al comienzo pocos países contaban con “Hospitales Amigos del Niño”, para mitad de la década del 2000, 156 países se habían adherido a la propuesta. Para convertirse en un hospital de estas características se necesitan autoridades que controlen y regulen la alimentación infantil e implica como mínimo seguir “Los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa” que fueron presentados en 1989 por OMS y UNICEF. Los mismos especifican que los servicios de salud donde se brinda atención al parto y cuidados al recién nacido deben; informar a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia, enseñarles cómo se amamanta y como mantener la lactancia en caso de separación del bebé, ayudarlas a iniciar la misma dentro de la primer media hora del nacimiento, practicar el alojamiento conjunto del

binomio madre-hijo, no alimentar al recién nacido con alimentos diferentes a la leche materna a excepción de casos que estén médicamente justificados, ni proporcionarles mamaderas ni chupetes a niños que estén amamantando porque obstruye y dificulta la lactancia materna (OMS, OPS, y UNICEF, 2009).

Con la necesidad de renovar el apoyo para la promoción de la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento del niño hasta los seis meses de edad, con una lactancia continua y alimentación complementaria adecuada hasta los dos años o más, basándose en la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño (OMS et al., 2009), el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (OMS, 1981) y la Declaración de Innocenti (OMS et al., 2005), UNICEF y la OMS han creado “La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño” (OMS, 2003) con el propósito de servir como guía para brindar a las familias y madres el apoyo necesario para llevar a cabo correctas prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños, así mismo aumentar el compromiso de los organismos internacionales y los gobiernos en relación a esto.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses disminuye los riesgos de morbilidad y mortalidad de lactantes y niños pequeños, como también otros efectos a largo plazo como ser las dificultades de desarrollo intelectual y social, que también puede ser agravada con una inadecuada alimentación complementaria. Debido a que los lactantes son particularmente vulnerables en el período que comienzan a ingerir alimentos complementarios, los mismos deben ser oportunos, adecuados, inocuos, y darse de forma adecuada. En los casos excepcionales donde los niños no puedan ser amamantados por sus madres, es recomendable la extracción de leche materna de la madre del lactante, de un banco de leche o un sucedáneo de leche materna, en ese orden (OMS, 2003).

Se considera de gran pertinencia destacar la importancia que han tenido y tienen los bancos de leche materna para aquellos niños que no pueden ser amamantados por sus madres por contraindicación ya sea por ser prematuros de bajo peso, o patologías en la madre o el bebé. Un banco de leche humana es un instrumento sanitario donde se recoge la leche de madres donantes, pasan por un proceso, se almacenan y luego cuando se necesitan se distribuyen a los recién nacidos (Machado, Campos, Montoya, y Schmidt, 2015).

Las primeras menciones publicadas de los mismos datan del siglo XX, debido a las dificultades de encontrar mujeres sanas que quisieran ser nodrizas. Desde ese entonces los bancos de leche se han convertido en una opción y posibilidad de cubrir las



necesidades que los bebés requieren. El primer banco de leche humana se estableció en 1909 en Viena, seguido por otros, uno en Estados Unidos en 1910 y otro en Alemania en 1919. En América Latina primeramente se creó uno en Buenos Aires (Argentina) en 1921 y Rio de Janeiro (Brasil) en 1943. Si bien tomó gran auge en América, aumentado para la década de los setenta a cinco en Brasil y treinta en Estados Unidos, muchos cerraron debido a la medicalización del embarazo y parto, la inserción de la mujer al mundo laboral, al gran desarrollo de las leches de fórmulas y el miedo a la transmisión de sida a través de la leche materna. Por su parte, Brasil por medio de la utilización del método Holter logró comprobar que la pasteurización desactivaba dichos patógenos (UNICEF, s.f b).

Se visualizan dos modelos de funcionamiento diferentes de bancos de leche humana a nivel internacional, el brasileño y el anglosajón. El primero funciona como un centro de promoción y reconocimiento de la lactancia materna como alimento fundamental, asegurando la buena calidad de la leche humana a costos operativos bajos y sin valor comercial, proporcionándola a bebés que estén en cuidados intensivos y semi-intensivos. Mientras que el segundo modelo recibe y procesa con otro método la leche materna recolectada de diferentes madres, las mezclas y las entrega pasteurizadas a sus beneficiarios por un costo económico (UNICEF, s.f b).

Brasil fue uno de los pioneros en bancos de leche (UNICEF, s.f b) y con la experiencia que tiene es considerado uno de los líderes mundiales, contando con el mayor número de bancos de leche (213 hasta 2013) y más compleja red de los mismos (Machado et al., 2015).

La mayoría de los bancos de leche humana en Europa se ubican en Francia, Suecia, Italia y Reino Unido, bajo un modelo de funcionamiento anglosajón, al igual que los norteamericanos. En África solo existen tres que están ubicados en Angola, Cabo Verde y Mozambique (UNICEF, s.f b).

Durante la realización del 2do Congreso Internacional de Bancos de Leche en 2005 se decidió formar una red de bancos de leche de América Latina, para que en 2007 durante la 17ma Cumbre Iberoamericana en Santiago de Chile se apoyara la implementación de al menos un banco de leche humana en cada país iberoamericano, convirtiéndose en la mayor red de bancos de leche del mundo, donde se incluye a Ecuador, Guatemala, Argentina, España, Cuba, Panamá, Colombia y Uruguay (UNICEF, s,f b).

La Organización de Naciones Unidas (ONU, 2015) ha planteado diecisiete Objetivos de desarrollo sostenibles para 2030, entre los que se encuentra como objetivo 2 de "Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la

agricultura sostenible”, basado en cifras que muestran como casi la mitad de los niños menores de cinco años mueren por la mala nutrición, y un cuarto de la población mundial de niños presenta retraso en el crecimiento, claramente relacionado con el objetivo 3 de “Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todas las edades”. Así mismo, UNICEF (2016) publicó el último Estado Mundial de la Infancia: Una oportunidad para cada niño. Quien, con base en los objetivos previamente mencionados hace un recorrido actual de la situación mundial de los niños entre otras cosas. Donde se afirma que, para poder alcanzar los objetivos planteados para 2030 es necesario centrarse en la equidad y llegar a los niños más necesitados. Las cifras que presenta este informe son alarmantes, en 2015 cerca de un millón de bebés murieron dentro de las 24hs de vida, siendo este un número superior a los fallecidos de entre un mes y cinco años de edad. Cerca de tres millones de menores de cinco años murieron por diarrea, neumonía, tétano, meningitis, sarampión, sida. Representando las muertes neonatales el 45% del total de muertes en 2015.

Así mismo, UNICEF (2016) plantea que para elevar la tasa de supervivencia infantil es fundamental mejorar la nutrición de los niños, dado que la mitad de la muerte de niños menores de cinco años se atribuye a su alimentación, y la otra mitad tienen comprometido su crecimiento. Y agrega que un estudio publicado en The Lancet mostró que el 40 % de las muertes de neonatales se podrían evitar con adecuadas intervenciones asistenciales, como correctas intervenciones obstétricas, atención inmediata del recién nacido donde se apoyase la lactancia materna exclusiva y el contacto piel con piel, detección y tratamiento inmediato de sepsis e ictericia neonatal, entre otros.

Victoria et al. (2016) al ser citado por UNICEF (2016), afirma en un estudio que si la lactancia materna se expandiese casi a nivel universal, se llegaría a salvar 823.000 niños menores de cinco años por año.

## ***2.2. Uruguay y su desarrollo en políticas de apoyo a la lactancia materna***

UNICEF con el apoyo de diferentes organizaciones e instituciones nacionales como el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), y la Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y al Desarrollo Infantil (RUANDI), llevaron adelante hasta el momento cinco encuestas sobre lactancia materna, las mismas realizadas en los años 1996, 1999, 2003, 2007 y 2011. Esto ha permitido la creación de diferentes trabajos de investigación para conocer cuáles son las condiciones de alimentación con leche materna en niños de nuestro país, realizar comparaciones para observar si existen

evoluciones positivas en relación a intervenciones anteriores, así como también poder aportar a futuras políticas de salud en beneficio de los niños y su alimentación. Es de relevancia mencionar algunos datos que surgieron a partir de las últimas dos encuestas (2007-2011) realizadas por UNICEF y sus colaboradores en Uruguay. Si bien la lactancia materna resultó ser prácticamente universal con un porcentaje de 98.5% en 2007, el 60.1 % de los niños mamó por primera vez dentro de la primera hora después del parto, el 19.4 % lo hizo entre una y tres horas después y el 20.5% después de las tres horas. De estos niños el 82.8 % recibió leche materna como el primer alimento, mientras el 17.2 % tomó otras leches, aguas o sueros, que fueron ofrecidos en mamaderas en un 72.9% (RUANDI, MSP, y UNICEF, 2007).

En la encuesta de 2011 (MSP et al., 2011) se observa que el 98.4% de los niños recibió leche materna alguna vez, el 85.1% la recibió como primer alimento mientras que el 16.7% recibió otras leches, agua o suero. En relación al tiempo transcurrido entre el nacimiento y la primera mamada, el 59.3% lo hizo antes de la primera hora de vida, el 21.1% entre la primera y tercera hora y el 19.6% después de la tercera hora de vida.

Hay que destacar que la tasa de lactancia exclusiva en los niños menores de seis meses presentó un ascenso, incrementándose 8 puntos desde el 57.1 % registrado en el 2007 al 65.2 % en 2011. Este ascenso se observó desde los dos hasta los seis meses. En el primer mes de vida el 90 % de los niños estaba alimentado exclusivamente con leche materna. Dos tercios de los niños continuaban con lactancia exclusiva al cuarto mes, lo que deja ver un ascenso de porcentaje de 14 puntos; de 52.1 % en 2007 a 66.1 % en 2011. Y al sexto mes solo un 35.6 % de los niños continuaba siendo alimentado exclusivamente con leche materna (MSP et al., 2011).

Severi, Castro, Lustemberg, y Moratorio (2010) explican cómo, la necesidad de disminuir los índices de anemia y obesidad que presentaban los niños en nuestro país en esos años llevó a la intervención del Ministerio de Salud Pública y el área de infancia de ASSE a impulsar las “Buenas Prácticas para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño” considerando que los dos primeros años de vida del niño son fundamentales para su desarrollo, una correcta alimentación ayudaría a disminuir los índices de obesidad y anemia.

Buglioli et al. (2014) y RUANDI, IBFAN, y BPNI (2016) expresan que conforme con la reforma de salud en Uruguay (2005), se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir del cual se llevarían a cabo las Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño (BPA), y se retomaría la Iniciativa Hospital Amigo del Niño en 2005, con el propósito de implementarlas en el primer nivel de atención.

Las BPA se basan en la implementación a nivel mundial de estrategias que han demostrado un impacto positivo en la alimentación de lactantes y niños llevada a cabo en maternidades y consultorios del primer nivel de atención (MYSU, s,f). Algunas de ellas implementadas en el primer nivel de atención han sido las siguientes: el equipo de salud debe promover entre las mujeres embarazadas los beneficios de la lactancia materna, la exclusividad hasta los seis meses, la importancia de la libre demanda, su prolongación hasta los dos años o más, así como los beneficios del contacto piel con piel y lo necesario que es mamar lo antes posible después del parto. En lo que respecta a las BPA dentro de maternidades se puede destacar la promoción del alojamiento conjunto así como la alimentación del recién nacido solo con leche materna a menos que exista una razón médica justificada (Severi et al., 2010).

En 2009 el Ministerio de Salud Pública incorporó a las BPA como meta asistencial, teniendo el Fondo Nacional de Salud “FONASA” un papel importante, como lo expresa en el artículo I de la ley N° 18.131, será este fondo quien financie las prestaciones asistenciales medicas bajo la administración del Banco de Previsión Social (MPS, 2007).

A través de FONASA los servicios de salud reciben incentivos económicos por cumplir con dicha meta. Incentivando de esta forma una reforma del modelo asistencial hacia un modelo preventivo y que promueva la salud (Buglioli et al., 2014). Las BPA al convertirse en metas asistenciales deben ser cumplirlas, pero aun hoy algunos servicios de salud no han sido acreditados y otros continúan en proceso (RUANDI et al., 2016).

Si bien Buglioli et al. (2014) consideran que las “Buenas Prácticas de Alimentación del lactante y niño pequeño” han tenido un impacto positivo en relación a la lactancia materna exclusiva, RUANDI et al. (2016) explican que actualmente de un total de 68 hospitales y maternidades (públicos y privados) que brindan servicios de maternidad, 46 han sido acreditados como Hospitales Amigos del Niño (IHNA), pero desde 2010-2011 no se han realizados los controles correspondientes ni re evaluaciones de los mismos, siendo este un factor importante a la hora de visualizar la calidad en la atención en salud de las embarazadas, madres y niños, más aun si las BPA nos acercan a cumplir con metas asistenciales, derechos humanos, etc.

Desde 2009, Uruguay cuenta con una Norma Nacional de Lactancia Materna, la cual fue creada por el Programa Nacional de Salud de la Niñez, dentro del marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y la Convención de los Derechos del Niño, teniendo como finalidad contribuir a la mejora de la salud, nutrición y desarrollo de los mismos.

En el 2014 se realizó una revisión y actualización de la hasta entonces Norma Nacional de Lactancia Materna. En enero del presente año el Ministerio de Salud Pública aprobó

por medio de un decreto una actualización de las Normas de Lactancia Materna, llamada Norma para la implementación y desarrollo de acciones que protegen, promueven y apoyan a la lactancia materna en todo el territorio nacional. La misma tiene la finalidad de lograr re-evaluaciones cada dos años de las “Buenas Practicas de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño” para controlar la forma en que se están aplicando, contribuir a mejorar las condiciones de todos los niños y niñas uruguayos en relaciona su salud, nutrición y desarrollo por medio del apoyo, protección y promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y hasta los dos años o más en caso que el binomio madre-hijo lo deseen acompañada de alimentación saludable y complementaria. Siendo esta actualización la base para cumplir con los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 del Ministerio de Salud. A grandes rasgos dicha actualización de la norma plantea que ésta debe ser cumplida en todos sus componentes así como también se deben cumplir las Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño (BPA) que serán controladas por el Ministerio de Salud. En relación a las BPA, el Ministerio de Salud mediante la presente norma ratifica la implementación de diez Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño en las maternidades así como once dentro de los consultorios (MSP, 2017).

Se proporciona al equipo de salud un Manual Práctico con contenidos técnicos básicos para la consejería en lactancia materna como forma de incentivar la capacitación en esta temática de los profesionales que se encuentren involucrados directa o directamente con la atención a madres-hijos. Algunos de los elementos a destacar dentro de este manual son; brindar apoyo a la mujer para que dentro de la primera hora pos parto o cesárea logre la lactancia materna y obviamente evitar maniobras que interfieran con este proceso, para esto es importante el inmediato contacto piel con piel y posteriormente realizar los exámenes pertinentes al recién nacido. Como ya mencionamos, este decreto es la base para cumplir con los Objetivos Sanitarios Nacionales de 2020 que se encuentran asociados de forma directa con la alimentación a partir de la leche materna. Algunos de estos objetivos implican detener el aumento del sobrepeso y la obesidad en todas las etapas del curso de vida, entre ellas en niños menores de dos años, bajar el porcentaje de anemia en niños entre 6 y 23 meses, disminuir el retraso de crecimiento de niños de 2 a 4 años, reducir la prevalencia de alteraciones del desarrollo en niños de 0 a 5 años, así como también atenuar la severidad de las alteraciones diagnosticadas en ese grupo etario. Todos estos objetivos se encuentran directamente relacionados con la correcta alimentación materna (MSP, 2015).

Por consiguiente el Ministerio de Salud considera importante definir dentro de la actualización de la Norma de Lactancia Materna los criterios de contraindicación definitiva o provisoria de la lactancia, los mecanismos y procedimientos de indicación de la misma, uso y entrega de preparados y otros sucedáneos de la leche materna, basados en la Guía para el uso de preparados para lactantes, y además determinar los mecanismos para el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna en el territorio nacional (MSP, 2017).

Uruguay cuenta con tres bancos de leche humana ubicados en el Centro Hospitalario Pereyra Rossell (Montevideo) desde 2003, el Hospital Regional Banco de Leche Humana “Crece” (Tacuarembó) desde 2004 y el Hospital Regional Banco de Leche Humana (Salto) desde 2007. Así mismo también dispone de Centros de Recolección de BPS, Centro de Recolección de Leche Humana (Paysandú) y Hospital de Bella Unión Centro de Recolección de Leche Humana (Suat, 2013).

A partir de la consolidación en 2007 de la Red Iberoamericana de Bancos de Leche Humana se inauguró la nueva planta física, que promueve la investigación y formación de técnicos y docentes en dicha área en nuestro país (MSP, 2014).

En 2015, 650 mujeres (100 más que el año anterior) brindaron el sobrante de leche materna al Hospital Pereyra Rossell, en el tiempo que permitió alimentar a 2241 bebés (más de 500 que el año anterior). Si bien en un principio se abastecía a bebés que al nacer pesaban menos de 1.500 gramos ahora se aumentó a 2 kilogramos, y a casos donde el bebé sufra alguna patología o haya sido intervenido quirúrgicamente, cubriendo las necesidades de la población nacional (Presidencia de la república Oriental del Uruguay ,2016).

Contamos en Uruguay con la Ley N°19.161, donde en el capítulo I hace referencia al subsidio por maternidad. La misma expresa que la interrupción de la actividad laboral será de catorce semanas como mínimo. Si bien debe cesarse la actividad seis semanas antes de la presunta fecha de parto, el Banco de Previsión Social puede autorizar a las beneficiarias a comenzar la licencia maternal antes o después de las seis semanas que establece la ley. En caso que el parto se adelante o retrase también han sido contemplados dentro de la misma. Si el embarazo o parto suscita alguna enfermedad en la beneficiaria podrá prolongarse en su totalidad el descanso hasta seis meses. Luego de cumplirse las catorce semanas cualquiera de los adultos responsables del bebé (madre o padre biológico o legal) puede beneficiarse de un subsidio para el cuidado del recién nacido hasta los seis meses, el cual consta de la reducción del horario laboral a la mitad o no podrá superar la cuatro horas de actividad diarias (2013).

Existe un proyecto de Ley sancionado por la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay que plantea la implementación de Salas de Lactancia en instituciones públicas y/o privada donde haya 20 o más mujeres en calidad de trabajadoras y/o estudiantes o donde haya más de 50 empleados sin importar el género (Cámara de Senadores, 2016).

Al hablar de Salas de lactancia se hace referencia a un área privada acondicionada para dicha actividad, destinada a amamantar, extracción de leche, almacenamiento y conservación de la misma. Para cumplir con dichas funciones debe estar correctamente acondicionada. En caso en que las instituciones consideren no necesitar salas de lactancia deben comunicarlo al Ministerio de Salud Pública (MSP) y este tomará una resolución al respecto. La puesta en práctica de esta Ley tendrá un plazo máximo de seis meses a partir de su entrada en vigencia, quien no cumpla con la misma será sancionado por el Ministerio de Salud Pública (Cámara de Senadores, 2016).

A partir de un rastreo se observó que en instituciones –públicas y privadas- como algunos de los shoppings de nuestra capital -Montevideo Shopping, Punta Carretas Shopping, Nuevo Centro Shopping- cuentan con salas de lactancia promoviendo la responsabilidad y el compromiso social en relación a la continuidad de la lactancia materna (Montevideo Shopping, s.f; Nuevo Centro Shopping, s.f; Punta Carretas Shopping, s.f). También se pudo constatar que la Intendencia de Montevideo cuenta con una sala de lactancia para sus funcionarias, que se llevó a cabo a partir de un convenio con BPS, donde además se brinda apoyo técnico, capacitación y orientación a las funcionarias con el propósito de informar y promover sobre la correcta alimentación en lactancia materna. Desde la Intendencia de Montevideo se pondrán en prácticas nuevas acciones apoyando además de la lactancia, la donación de exceso de leche materna humana (Riet, 2015). Desde el año pasado, MIDES también cuenta en su sede central con una sala de lactancia abierta al público –previamente ya contaba con sala de lactancia para sus funcionarias- y separado se encuentra un área para cambiar a los bebés, esto tiene como finalidad que pueda ser una actividad realizada por ambos padres. La directora de Uruguay Crece Contigo (UCC), Mariela Solari afirmó que este espacio promueve y fortalece los vínculos entre madre, padre e hijo. Mientras que Anabella Santoro, miembro del equipo de UCC, aspira a que esta iniciativa sea replicada por otras instituciones públicas ya que no requiere demasiada complejidad (MIDES, 2016).

Por otro lado el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) anunció que se elaboró un acuerdo en el cual se creará o dispondrá de salas de lactancia para las trabajadoras

médicas, la cual deberá contar con una heladera especial para el guardado de leche materna y tiene que ofrecer privacidad. Dicho acuerdo fue firmado por los representantes del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), del Ministerio de Trabajo, de los empresarios médicos y del Ministerio de Salud Pública (Sartorotti, 2017).

La Vicepresidenta del Banco de Previsión Social (BPS), Rosario Oiz, concluyó que la implementación de estas salas de lactancia en las instituciones tienen muy buenos efectos, las madres trabajan menos estresadas, los niños se alimentan más sanos y promueve su mejor desarrollo, e incluso las empresas tendrán mejores rendimientos de sus funcionarias (Presidencia de la república Oriental del Uruguay, 2015).

Cabe destacar que la Universidad de la República también cuenta desde hace varios años con salas de lactancia ubicadas en las facultades de Ingeniería, Veterinaria, Ciencias Sociales, Agronomía, Escuela de Nutrición y el local de Oficinas Centrales. Además desde hace poco forma parte de un convenio con BPS donde las funcionarias que estén amamantando si lo desean pueden donar los excedentes a los bancos de leche del BPS, este convenio es muy importante porque permite abastecer al Centro Recolector de Leche Materna del BPS (Universidad de la República, 2016).

En lo que respecta a Facultad de Psicología, en 2016 se inauguró la sala de lactancia, desde el marco de políticas institucionales de género, con la intención de equilibrar diferentes ámbitos: personal, laboral y familiar. Dicha sala cuenta con heladera con freezer, microondas, cambiador, sillones reclinables y almohadones de lactancia, en un ambiente agradable para la alimentación del niño, o la extracción de leche (Facultad de Psicología, 2016).



### ***Capítulo III. Mitos sociales y dificultades frecuentes en la práctica de la lactancia***

La existencia de creencias inadecuadas relacionadas con la lactancia materna promueven el abandono de la misma, y muchas de ellas son resultado de falta de información que deben brindar los servicios de salud. Por ejemplo: abandonar la lactancia materna exclusiva porque la madre cree que su leche no llena al bebé es un mito muy común. Es importante fortalecer desde el conocimiento, así como sostener y apoyar a la mujer a superar los miedos que surgen (Quispe, Oyola, Navarro, y Silva, 2015).

En lo cotidiano se hacen presentes muchos mitos en relación a la lactancia materna que han influido en su práctica. Por un lado encontramos algunos que están relacionados con la madre, entre los cuales se pueden destacar que; no todas las madres podrían producir suficiente y buena calidad de leche para sus hijos haciendo que el niño no aumentase bien de peso, la ingesta de leche por parte de la madre se creería que ayuda a producir más de ésta, su mala alimentación podría influir en la escases de leche, y así mismo se cree que existen algunos alimentos que ella no puede consumir durante la lactancia. En caso que la madre enferme algunos mitos aseguran que no se debe dar de lactar, y si se corta la lactancia es muy difícil reanudarla, otros no recomiendan mantener relaciones sexuales mientras amamanta, y si una madre está embarazada durante la lactancia de otro hijo debería finalizarla (Marasco, 2005; UNICEF, s.f a).

En esta misma línea y autores, otro mito está relacionado con el calostro, se creería que éste debería ser desechado debido a su color amarillento que estaría relacionado con algo “podrido” o “en mal estado”. La creencia de que la leche perdería calidad con el tiempo llevaría a pensar que no tuviese sentido la lactancia prolongada luego del año, incluso es de los mitos más arraigados a pesar de todas las campañas llevadas a delante por UNICEF y OMS. Desde diferentes aristas profesionales como la Pedagogía Moderna, alguna rama de la Psicología, Medicina, incluso desde cuentos y literatura infantil se presenta la lactancia como un disfrute solo para los más pequeños (Marcos, 2011). Mientras que, Marasco (2005) y UNICEF (s.f a) expresan que el tiempo que debe durar el amamantamiento y la forma adecuada de hacerlo también han sido mitos que han influido. Algunas personas creen que se debe alimentar menos tiempo a las niñas, que la lactancia se debería cortar cuando comienzan a caminar, o que es necesario incorporar aguas o tés aromáticos. La frecuencia con que se amamanta y su relación con la producción de leche también ha sido un mito muy habitual. Continuando con

algunos de éstos relacionados a la lactancia a demanda, al parecer, el niño necesitaría una rutina u horario para su alimentación, ya que demasiada frecuencia de lactancia podría provocar obesidad, depresión pos-parto en la madre, o tener efecto negativo en la relación de pareja y en el vínculo con el bebé, y por otro lado la succión del pezón si no es para alimentarse sería considerada innecesaria. Mientras que el uso del biberón se presumiría como inofensivo. Y en relación al contacto, desde hace muchos años se cree que los niños muy mimados o cargados en brazos se malcriarían.

Según Marcos (2011) amamantar en la vía pública ha sido para la mujer un tabú, que la deja expuesta a la mirada nada alentadora de los otros, pero el problema proviene, al parecer de la exposición de la sexualidad de la mujer, ya que sus pechos son vistos como iconos sexuales. La lactancia materna desde esta perspectiva debería estar confinada al ámbito de lo privado. Así mismo también para el ámbito privado hay mitos, por ejemplo se cree cuando los bebés son muy chiquitos es peligroso dormir con ellos en la cama por miedo a asfixiarlos. Incluso se considera el mito que al meterlo en la cama hará que no se vayan más, dificultando las noches de sueño.

Pero según la evidencia científica que ofrecen diferentes autores como por ejemplo; Marasco (2005) y UNICEF (s.f a) consideran que todas las madres producen suficiente leche para sus hijos porque es un proceso que está regido por la oferta y la demanda, si bien no influye el tamaño de los senos, pechos más grandes permitirían almacenar más cantidad de leche, y cuántas más veces se coloque al bebé en el pecho más cantidad de leche producirá la madre. Si bien se recomienda a la madre una alimentación balanceada durante la lactancia que consta de verduras, frutas, cereales, y proteínas, el consumo de leche no aumenta la producción de la misma, incluso producirán leche de calidad mujeres mal alimentadas, ya que no existe alimento que aumente o disminuya la producción y calidad de ésta. González (2006) coincide en que el consumo de leche por parte de la madre no es un elemento que influya en el aumento de producción de leche, y afirma que no existe alimento alguno que sea necesario para producirla, la madre simplemente debe seguir alimentándose como lo hacía antes, con una dieta sana.

Es muy importante el correcto acople del niño al pezón para que éste pueda succionar de manera adecuada, la utilización de biberones pueden producir confusión en el bebé y dificultar la alimentación ya que no se succiona del mismo modo, la mala posición del niño y los horarios estrictos pueden influir en el aumento de su peso (Marasco, 2005; UNICEF, s.f a). En relación al biberón González (2006) explica que el ejercicio que debe hacer el bebé para tomar pecho y biberón es diferente, para el primero el bebé debe

hacer presión hacia atrás con la lengua porque la leche no sale sola, mientras que en el segundo caso la lengua se moverá hacia adelante porque la leche sale sola del biberón. Quispe et al. (2015) considera que la utilización del biberón está relacionado con la necesidad de controlar la cantidad de alimento que consume el lactante ya que no se puede cuantificar por medio del pecho. El abandono de la lactancia materna tiene relación con lo dicho anteriormente y con la inexperiencia materna. Aunque según Salsavilca y Valles (2016) al citar a Gallardo (2014) también vendría acompañado por la poca información, seguridad y confianza.

En caso que la madre enferme ya sea que se trate de gripe o resfriado existen medicamentos que se puede suministrar y no afectan la lactancia, por consiguiente no hay impedimento para continuar con la misma, de tratarse de una enfermedad más grave se recomienda consultar al médico, y si debe suspenderse la lactancia con un adecuado método y apoyo se puede retomar (Marasco, 2005; UNICEF, s.f a). Aún después de semanas o meses se puede retomar la lactancia, incluso en niños que nunca mamaron. Cuando más pequeño sea el bebé más fácil será, existiendo alta posibilidad de retomar la lactancia en menores de cuatro meses (González, 2006).

Volviendo con Marasco (2005) y UNICEF (s.f a) debe considerarse que la consistencia de la leche, el calostro –primera sustancia que sale de la mama, de color amarillizo- contiene muchísimos nutrientes –su color se debe a eso- para el recién nacido que fortalecerán su sistema inmunológico, además de facilitar el desarrollo de la flora intestinal y estimular la expulsión de meconio. El calostro irá aumentando con los días hasta transformarse en leche madura (Romero, Aler Gay y Olza, 2012). Es importante también que se estimule la lactancia inmediatamente después de nacer ya que el calostro bajara en los primeros días antes que baje la leche -blanca-. Como ya se dijo anteriormente cada madre produce la cantidad de leche que su hijo necesita y lo mismo pasa en relación a su calidad. Es necesario aclarar que la leche que se produce al principio es más acuosa y la cantidad de grasa va aumentando a lo largo de la toma, por esto es importante que en cada tomada el bebé pueda vaciar completamente una mama antes de pasar a la otra, adquiriendo todos los nutrientes que necesita (Gallardo, 2014). El tiempo de mamada dependerá del bebé porque al principio está aprendiendo a succionar y es necesario que se respete, el bebé puede tardar cinco o veinte minutos en terminar de mamar (González, 2006). Por lo explicado anteriormente sobre el valor graso de la leche del “final”, en caso que se llegue a vaciar solo una mama en la siguiente tomada se le debe ofrecer la otra. La lactancia a demanda es muy importante ya que facilitará el vínculo entre madre-hijo y disminuye la posibilidad de padecer depresión pos-parto. En las primeras semanas el bebé requiere ser amamantado

aproximadamente 9 veces en 24 horas, incluso deberá despertarlo para alimentarlo si no lo hace por su cuenta, demandara alimentarse cada hora y media al principio. Al pasar los meses la frecuencia irá variando según la producción de leche y la capacidad de almacenamiento de la misma, así como también de las necesidades de crecimiento del niño. Espaciar las tomas de leche no ayudan a que se llenen las mamas, al contrario, es necesario que se vacíen las mamas para que el cuerpo produzca más rápidamente leche. Que el niño sea quien dirige su alimentación a demanda no tiene efectos negativos en la pareja, si bien al principio cumplir con las necesidades del pequeño puede no ser fácil la cooperación de ambos padres facilita las tareas y los ayuda a aprender juntos. Otro mito relacionado con la pareja tiene que ver con las relaciones sexuales, no existe impedimento para que se tenga relaciones sexuales durante la lactancia (Marasco, 2005; UNICEF, s.f a), incluso la lactancia materna contribuye a recuperar el peso anterior al embarazo (Quispe et al., 2015).

La leche materna después de los seis meses sigue siendo necesaria para el bebé, incluso después de años ya que el sistema inmunológico tarda entre dos y seis años en madurar. La misma seguirá aportando nutrientes necesarios al niño, debido a que después del año ésta contendrá más grasa y energía. Esto no quiere decir que favorezca a la obesidad en el niño, al contrario, las leches de fórmulas son las que tienen como consecuencia la obesidad infantil ya que las moléculas que la componen son más difíciles de digerir por el cuerpo (Marasco, 2005; UNICEF, s.f a; Marcos, 2011).

Las madres pueden observar que muchas veces los niños utilizan la succión del pezón sin un fin de alimentación. Esto puede deberse a que se sienten solos, tienen miedo, estrés, frío, sueño, necesidad de calor humano o algo les duele y encuentran en esa interacción una forma de calmarse. Esto estimula como ya se mencionó la producción de leche y favorece el vínculo materno, por eso es importante no evitar esta práctica. El contacto continuo, alzarlo en brazos y mimarlo son estímulos necesarios y muy importantes para el bebé y niño pequeño (Marasco, 2005; UNICEF, s.f a; Marcos, 2011). Los bebés pueden llorar por diversos motivos, cuando no se sabe a qué se debe el llanto no es mala opción ofrecer el pecho ya que es una de las mejores formas de calmarlos (González, 2006).

Lactancia en tándem, es lo que se conoce como dar el pecho mientras está embarazada de otro hijo. Existen varios perjuicios sobre esto, pero no hay que preocuparse sobre alimentar a ambos bebés a la vez. El hijo que aún se alimenta con leche materna estimulará la mama y seguirá produciendo leche, al succionar con mayor fuerza

estimulará la mama más rápido facilitando la lactancia para cuando nazca su hermano pequeño (González, 2006).

González (2006) niega que sea peligroso dormir con un bebé, según él no existe peligro de asfixia aunque recomienda que se evite en caso de estar alcoholizado. Además este autor refuta contundentemente que compartir la cama con un bebé dificulte las horas de sueño para nadie, afirmando que durante la noche los niveles de prolactina son más altos facilitando la lactancia del bebé sin necesidad de realizar muchos esfuerzos, este autor (2003) considera también que el colecho disminuye los problemas de sueño de los niños, y según menciona existen datos que revelan menos posibilidad de muerte súbita al practicarlo, dando como ejemplo a Asia, Japón e Inglaterra donde esta práctica es habitual y los índices de muerte súbita son muy bajos. Reafirmando lo que dice Romero, Aler Gay y Olza (2012) no se constata la existencia de argumentos científicos que impidan llevar a la práctica el colecho en niños que son amamantados.

## ***Capítulo IV. Prácticas sociales e institucionales que dificultan la lactancia***

Como hemos mencionado, el contacto inmediato es fundamental para que la lactancia, el vínculo y el apego se puedan desarrollar saludablemente. Sin embargo, la literatura científica ha mostrado cómo ciertas rutinas que se realizan a nivel hospitalario (donde nacen el 98% de los niños de nuestro país) en las salas de parto y en el posparto, perjudican de forma significativa la interacción del bebé con su madre (Romero et al., 2012). González (2006) afirma que el niño nace con instinto de mamar pero si existe alguna interferencia no lo logrará.

Brasil, Paiva, Couto de Oliveira, Augusto de Ferreira, y Costa (2014) llevaron a cabo una revisión de estudios anteriores para observar cuales eran los factores que dificultaban el desarrollo de la lactancia materna en la primer hora de vida, concluyendo que, si bien la cesárea es el factor que más riesgo presenta para el inicio de la lactancia durante la primer hora de vida del bebé, también destaca la relevancia del conocimiento de los profesionales y las practicas instituidas por los servicios de salud como determinantes del inicio de la lactancia materna.

Siqueira Boccolini, Lazaro de Carvalho, Couto de Oliveira, y Godoi Vasconcellos (2011) realizaron un estudio de parturientas en maternidades de Rio de Janeiro entre 1999 y 2001, para visualizar factores asociados a la alimentación materna en la primera hora de vida. Estos autores expresan que no siempre son respetados los momentos de fragilidad de las madres, los profesionales tienen la capacidad de influir en el amamantamiento en la sala de partos, porque son estos quienes regulan y habilitan el comienzo de la lactancia. Muchas veces ese primer contacto entre madre e hijo es suspendido debido a diversas rutinas y prácticas determinadas por el equipo asistencial, muchas de ellas innecesarias. Las prácticas que se realizan en cada maternidad varían según normas, rutinas, tradiciones institucionales, inversión en capacitación, contexto social, entre otros.

Gallardo (2014) realizó una revisión bibliográfica para visualizar los factores que incidían en el abandono y mantenimiento de la lactancia materna en mujeres españolas, en lo cual se detecta un descenso acelerado de la lactancia materna exclusiva luego del alta hospitalaria. Según 74.3% de los artículos seleccionados dicen que al alta médica hay entre un 70 y 100% de lactancia materna. Mientras que el 80% de los artículos afirman que al mes de vida la lactancia materna baja a entre 50 y 70% en los bebés, este descenso en el primer mes se relaciona con mala instauración de la técnica de lactancia,

irritabilidad del bebé, depresión pos-parto, pérdida de apoyo sanitario y hipogalactia, mientras que el descenso a partir del tercer mes se vincula más a cambios en la alimentación del bebé e incorporación precoz de alimentación complementaria y al reingreso laboral de la madre.

Este autor considera partir de su revisión bibliográfica la reinserción laboral como una causa de abandono de la lactancia materna con un porcentaje del 23.1% en España. En más de la mitad de los artículos encontrados por este autor se aprecia la situación laboral de la madre como uno de los principales factores para el abandono de la lactancia materna antes de los seis meses. Salsavilca y Valles (2016) también llegaron a resultados similares en su investigación sobre factores que intervenían en la continuidad de la lactancia materna. Así mismo Alfonso Herrero y Gorrita Pérez (2009) afirman que las madres trabajadoras son muy vulnerables en cuanto a la lactancia materna porque tienen más posibilidad de abandonar esta práctica, sin embargo en países como Cuba donde las leyes protegen a las madres para que puedan continuar con esta alimentación no es un problema.

Continuando con la importancia de mamar en la primera hora de vida Rocha Sampaio, Bousquat, y Barros (2016) al citar a Siqueira Boccolini et al. (2011), expresan que amamantar en la primera hora de vida está determinado por las maternidades y los lugares donde ocurre el parto, no teniendo gran relevancia otros aspectos como la edad de la madre al momento de parir o su educación. Siguiendo con estos autores Rocha Sampaio et al. (2016) recuerda y reafirma que el modelo de atención obstétrico en Brasil es intervencionista y esto tiene sus consecuencias.

Newman (1990) afirma que la separación de la madre y el bebé es un error importante que se comete a nivel hospitalario, principalmente en la primer hora de vida, ya que es un obstáculo para la lactancia a demanda e incentiva una práctica prejudicial como es la introducción de tetinas en biberones y chupetes, interfiriendo con la estimulación de la prolactina que se encarga de producir la leche gracias a la succión que ejerce el bebé sobre el pezón, además dicha succión sobre la tetina es diferente a la que se ejerce sobre la mama.

Para Osorio y Botero (2012) el uso de chupetes y biberones o formulas infantiles en los hospitales son considerados como factores negativos para que se establezca la lactancia materna, es evidente que el riesgo de interrumpir el amamantamiento al estar expuesto a estas condiciones aumentan las dificultades para la misma.

En la investigación de Cardoso et al. (2010) se observó que los motivos por los cuales se alimentaba con sucedáneos a los bebés eran generalmente de fácil manejo y

prevención: pezones agrietados, dificultad de acoplamiento entre madre e hijo, y angustia materna ante un niño demandante. Existiendo más posibilidad de ser alimentado con sucedáneos de la leche materna bebés nacidos por cesárea. Este artículo muestra que la alimentación con sustituto de la leche materna en los primeros tiempos de vida disminuyen la posibilidad de alimentarse con leche materna ya en el primer mes.

Dewey, Nommsen-Rivers, Heinig, y Cohen (2003) realizaron una investigación para conocer los riesgos y determinantes que estaba detrás del retraso en el comienzo de la lactancia y el exceso de peso neonatal, concluyendo que el parto es un suceso de gran influencia para el comienzo temprano de la lactancia, dando a entender que no sucede lo mismo con las cesáreas. Así mismo, la duración de labor de parto, la medicación que se recibe durante el mismo, y el uso de alimento diferente a la leche materna y chupetes afectarían la lactancia. Estas situaciones no son solo de nuestra región, sino que se puede constatar en diversas culturas y regiones en todo el mundo. En este sentido, un estudio realizado en Al- Hassa, una provincial de Arabia Saudita, indagó sobre los factores asociados al tiempo de inicio de la lactancia materna, exponiendo que al inicio la relación depende de circunstancias individuales, pero se puede destacar la existencia de prácticas hospitalarias que se realizan intraparto o inmediatamente después del mismo que son perjudiciales para el inicio de la lactancia. Dando como ejemplo que un tercio de los niños que formaron parte del estudio fueron alimentados por primera vez con otras sustancias que no era leche de su madre (El-Gilany, Sarraf, y Al-Wehady, 2012). Un estudio realizado en Etiopía, llega a la conclusión que la atención brindada por trabajadores de la salud es el factor de riesgo más importante para el inicio de la lactancia, relacionándolo en este caso con una inadecuada proporción de información sobre lactancia (Horii, Guyon, y Quinn, 2011).

Salsavilca y Valles (2016) al citar a Foster et al. (2015) también concluyen que la incorporación de sustitutos de leche materna durante la estancia hospitalaria de los primeros días de vida va generar menos posibilidad de mantener la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, en comparación con aquellos bebés que fueron alimentados con leche materna en las mismas circunstancias.

En lo que respecta a Uruguay los datos aportados por la última encuesta de UNICEF, OMS y otros, revelan que como primer alimento el 85.1 % de los niños recibió leche materna, mientras que el 14.6 % tomó otras leches y el 2.1 % ingirió agua o suero (MSP, 2011).



Si bien no se encontró ninguna investigación o estudio que relacione la incidencia de las prácticas hospitalarias sobre la lactancia materna en Uruguay, si se pudieron encontrar antecedentes sobre prácticas en maternidades nacionales en relación a la lactancia materna. Un estudio donde se describen las características que presenta la población que es asistida en el Hospital Británico (seguro privado de salud) y cómo se comportan frente a las prácticas de lactancia materna. En dicho estudio, se afirma que la práctica de alojamiento conjunto no ayuda a la lactancia materna, en esta institución en particular dicha práctica es opcional y según los datos recabados por quienes realizaron la investigación, 251 recién nacidos estuvieron en alojamiento conjunto equivaliendo esto al 94% del total, mientras que 234 (88.3%) recibieron otro alimento diferente a leche materna exclusiva. En relación a estos datos se puede apreciar la importancia que tienen las prácticas del equipo de salud en las primeras horas de vida del recién nacido, y que el alojamiento conjunto debe estar acompañado de información sobre lactancia materna, apoyo y ayuda por parte del servicio de salud (Gómez, Bonino, Stewart, Ricceto, y Tejera, 2008).

Otro estudio a nivel nacional describe ciertas políticas de la maternidad de la Asociación Española Primera en Socorros Mutuos en relación a la lactancia materna. Como consecuencia de detección de reingresos de recién nacidos graves debido a fallas en la alimentación, la institución creó la Clínica de Lactancia. Se genera a partir de estos reingresos, un cuestionamiento en relación al trabajo que se venía realizando sobre promoción de lactancia en el alojamiento conjunto. Se concluyó que había sido insuficiente el seguimiento de amamantamiento en los primeros días de vida. En la Clínica de la Lactancia se trabaja principalmente con madres e hijos que al momento del alta se observaron dificultadas en el amamantamiento. La intervención se hace de forma inmediata, antes de los 10 días de nacido. Algunos problemas que pueden llevar a la intervención de la Clínica de Lactancia son, pezones agrietados, retraso en la secreción de leche, congestión de mamas, dificultad para establecer el amamantamiento o acoplarse a la mama, succionar, coordinar succión-deglución. Además, se realizan en el momento observaciones del amamantamiento para advertir si hay algún problema y se interroga a los padres sobre la cantidad de lactadas mínimas del bebé. Se debe destacar que estas intervenciones también se realizaron antes del alta (Estefanell et al., 2009).

Siguiendo con estas autoras, las mismas realizan un análisis retrospectivo sobre la Clínica de la Lactancia, a partir de registros de asistencia entre 2005-2007. Allí se analizaron 680 consultas que equivaldrían a 19.5% del total de los recién nacidos en esos dos años. De las 680 consultas se analizaron 100 muestras, de las cuales el 62%

se alimentaban con leche materna exclusiva y subían de peso, mientras que el 38% bajaban de peso, se decidió administrar complemento de fórmula al 44% de todos los recién nacidos citados, dentro de los cuales se incluye el 38% que se menciona antes. Algunas de las causas para administrar complemento fueron; descenso de peso después del 4to día, lecciones en pezones y aréolas, agotamiento de las madres quienes pedían complemento para el bebé.

La última encuesta realizada en 2011 en Uruguay con la participación de UNICEF, RUANDI, entre otros, muestra que si bien el 98% de los niños recibió leche materna en algún momento, el 40.7% de esos niños mamaron después de la primera hora, y de éstos 19.6% lo hicieron luego de tres horas de haber nacido (MSP, MIDES, RUANDI y UNICEF, 2011). Esto genera interrogantes en relación a las prácticas que se realizan a nivel de los profesionales durante las primeras horas de vida.

El trabajo de investigación llevado adelante por RUANDI, IBFAN, y BPNI (2016) ha constatado que a nivel de formación académica hay profesionales en el rubro de la salud y la nutrición carentes de habilidades, conocimientos y actitud que se necesitan para orientar sobre lactancia y alimentación complementaria, si bien a nivel universitario se promueven contenidos relacionados a la lactancia materna, alimentación del lactante y niño pequeño y la utilización de sucedáneos. Concluyendo, es de relevancia la revisión de los programas de estudio, ya que se observa falta de profundización en los conocimientos quedando librado a la decisión del profesional ahondar en ellos, difundir el Código de Internacional de Comercialización de Sucédáneos (OMS, 1981), controlar las prácticas de alimentación que se llevan a cabo en los servicios de salud, y capacitar a todo el equipo de salud sobre estas prácticas. Romero et al. (2012) afirman que la formación de los profesionales es una barrera importante al momento de asistir a la madre y el recién nacido, donde influyen prejuicios e intereses personales.

A nivel nacional con la actualización de la Norma de Lactancia Materna, ahora llamada Norma para la Implementación y Desarrollo de Acciones que Protegen, Promueven y Apoyan la Lactancia Materna en todo el Territorio Nacional (MSP, 2017) se visualiza la necesidad de una correcta capacitación en lactancia materna y alimentación del lactante y niño pequeño de los profesionales que trabajan en los servicios de salud involucrados con la atención madre-bebé como una forma de ayudar a reducir obstáculos de la lactancia materna.

Un ejemplo en relación a la correcta capacitación en lactancia materna, tiene que ver con la indicación inmediata de sustitutos de la leche materna. Cuando la leche materna no es una opción, es habitual que se piense que la segunda opción sería un sustituto

de la misma, pero según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera como segunda mejor opción la extracción de la leche de la madre proporcionándola por otro medio. Consecuentemente la alimentación con fórmulas está asociada a infecciones gastrointestinales y respiratorias, otitis, meningitis, infecciones urinarias, diarrea, obesidad, diabetes, asma, dermatitis atópica, y aumenta el riesgo de tumores y muerte súbita y pos neonatal (Romero et al., 2012).

## ***Consideraciones finales***

En la actualidad, la correcta alimentación de un lactante y niño pequeño es un derecho humano explicitado en la Declaración de los Derechos del Niño de 1981 y aun hoy podría decirse que no se respeta en su totalidad. Si bien existen casos particulares donde la alimentación de los bebés ha sido modificada o alterada priorizando otras urgencias, estos casos son los menos.

La gran relevancia que tiene esta temática para la psicología se sustenta desde varias perspectivas. Por un lado, en el desarrollo de este trabajo se habla de la capacitación de los profesionales de la salud en lactancia materna como herramienta clave para mejorar la alimentación de los recién nacidos y niños pequeño. Nosotros, Psicólogos y futuros Psicólogos, como profesionales de la salud no podemos quedar fuera de esta problemática, pero no contamos con la suficiente capacitación y se visualiza a nivel de formación académica una escasez en este ámbito para poder intervenir y apoyar a las madres e hijos. La salud de nuestra sociedad se vería beneficiada así como la Psicología en nuestro país, aportando a cualquiera de las corrientes psicológicas desde las que se trabaja, debido a las repercusiones que tiene la lactancia materna a posteriori en los pequeños, en las madres y en los vínculos. Los apegos inseguros, el desarrollo enlentecido, las enfermedades tempranas son algunas consecuencias con las que esos niños podrían llegar a adultos, con la tendencia a repetirse en las siguientes generaciones, convirtiéndose en transmisiones intergeneracionales difíciles de derribar. La falta de información y apoyo que se les brinda a las madres lleva entre otras cosas a la interrupción precoz de la lactancia materna creyendo verosímil algunos mitos y teniendo las consecuencias que ya se han mencionado antes. En estos últimos años de carrera mi formación académica me acercó a intervenciones en una escuela de contexto vulnerable, donde en las primeras entrevistas con algunas madres ya se visualizaba la presencia de desinformación sobre herramientas para una continua lactancia materna, con justificaciones tales como “deje de darle la teta porque no quería más”, “como no me salía -leche-, no le di más”. A nivel pre-escolar y escolar, se veían niños con vínculos violentos, apegos inseguros, mal alimentados, inasistencias frecuentes como consecuencia de enfermedades que se suma al enlentecimiento de desarrollo y se visualizan con y/o como dificultades de aprendizajes, si bien estas problemáticas pueden ser consecuencia de diversos aspectos que forman parte de la vida de estos niños, durante este trabajo se plantea que una correcta alimentación desde el nacimiento disminuiría la presencia de estas problemáticas, entre otras cosas.

Por otro lado, capacitarnos en esta temática nos ayudaría como profesionales de la salud mental a convertirnos en un apoyo para los profesionales médico/as, enfermeros/as, parteros/as, etc., trabajando en grupos interdisciplinarios, siendo otra herramienta a la cual recurrir las mujeres y sus familias en caso de que lo necesiten y poder aportar desde otra mirada. Porque si bien el modelo de atención en nuestro país está enfocado en la prevención con un gran destaque del primer nivel de atención se aprecia a través de este trabajo que en la práctica, puntualmente en servicios de salud donde funcionan maternidades se llevan a cabo prácticas que no tendrían una justificación fehaciente y terminan afectando el comienzo de la lactancia materna.

Si bien, capaz no podamos intervenir en la sala de parto, quirófano, sala de nacer, etc., pero poder intervenir como Psicólogos en el primer nivel de atención antes y/o después del nacimiento sería muy positivo para prevenir futuros problemas y contribuir a derribar muchos mitos que surgen desde la desinformación y se transmiten de generación en generación, los cuales interfieren con la lactancia materna. Poder contener a esa madre que cree en algunos de esos mitos, podría repercutir positivamente en la futura alimentación y salud del bebé, el vínculo entre ambos, y la salud y bienestar de la madre.

En lo que respecta a promover, proteger y apoyar la lactancia materna en los últimos años se han logrado grandes avances a nivel internacional. El estado uruguayo ha venido escuchando esas voces que hacen eco desde el exterior del país pero al parecer no ha sido suficiente. Si nos remitimos a los datos obtenidos de las investigaciones nacionales, que al parecer no son muchas, se pueden apreciar algunos puntos débiles. Se visualizan algunas fallas en el apoyo a mujeres que están amamantando, poca promoción y/o difusión de información, falta de capacitación de los profesionales así como medidas de protección de la lactancia materna que están teniendo consecuencias poco favorables, aunque pareciera que se vienen tomando medidas para revertir algunas situaciones, como es el caso de la creación de la clínica de la lactancia en la Asociación Española Primera en Socorros Mutuos, la implementación a nivel nacional y social de salas de lactancia en diferentes organismos e instituciones –públicos y privados-, acompañado de leyes y normas que promueve y protegen la lactancia.

También creo interesante destacar que en algunas oportunidades las medidas tomadas por el Estado no han logrado sincronizarse plenamente con la realidad ni las necesidades de las madres e hijos. Si bien contamos con la Ley N° 19.161 al subsidio por maternidad que proporciona y garantiza un tiempo de catorce semanas como mínimo para adecuarse al recién nacido y sus necesidades, no se tiene en cuenta que la lactancia materna exclusiva es a demanda durante seis meses y la reinserción laboral

tiene como consecuencia que la lactancia materna exclusiva se interrumpa, se visualizó a partir de la revisión bibliográfica que en muchas investigaciones es considerada uno de los motivos por los cuales el bebé deja la lactancia materna exclusiva e incorpora complementos.

Considero que tiene pertinencia mencionar que la actualización de la Norma Nacional de Lactancia Materna está a mi entender intentando solucionar algunos de estos déficits que tenemos, al querer capacitar a los funcionarios de los servicios de salud que trabajan vinculados a la diada madre-hijo, promover la lactancia materna exclusiva, así como también controlar más a las instituciones para que se cumplan las buenas prácticas de alimentación del lactante y niño pequeño.

Entonces, si a nivel internacional se cuenta con tanta información en relación a las correctas prácticas de alimentación de los niños pequeños y lactantes que son muy bien avaladas por muchísimos estudios, los cuales al parecer hacen eco a nivel nacional y están generando cambios, desde una postura de cuestionamiento considero importante y es un elemento que llevó a la realización de este trabajo preguntarse ¿En qué nivel/es se encuentra/n la/as falla/as? ¿Por qué existen porcentajes tan altos de recién nacidos que su primera toma es después de la primera hora de vida? ¿Porque tan frecuentemente se ofrece un sucedáneo de leche materna a un recién nacido? Se podría pensar que es cuestión de tiempo para que se visualicen algunos de los cambios que se necesitan, o talvez se necesiten más profesionales involucrados desde diferentes ámbitos, como los Psicólogos.

Todo el trabajo que se pueda realizar para mejorar la calidad de la primera infancia tiene muchísima relevancia, y es muy importante poder aportar desde las diferentes disciplinas en esta área para contribuir en el desarrollo y la salud del niño.

## ***Referencias bibliográficas***

- Alfonso Herrero, L. y Gorrita Pérez, R. (2009). ¿Cómo influyen diferentes factores psicosociales en el abandono precoz de la lactancia materna? *MediMay*. 15(3): 28-34.
- Altmann, M. y Gril, S. (2000). Investigación del proceso terapéutico en interacción temprana. *Revista uruguaya de psicoanálisis*. (91).
- American Academy of Pediatrics (1997). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 100 (6): 1035-1039. Traducción propia.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida -1 El apego*. España: Editorial Paidós.
- Brasil, T., Paiva, R., Couto de Oliveira, M. I., Augusto de Ferreira, C., y Costa, I. (2014). Factores asociados a amamentação na primeira hora de vida: Revisão sistemática. *Revista Saúde Pública*. 48(4): 697-703. (Traducción propia).
- Buglioli, M., Severi, C., León, I., Cárpena, C., Katzkowicz, N., y Lasida, J. (2014). Metas asistenciales en Uruguay: resultados de las “Buenas Prácticas de Alimentación”. *Facultad de Medicina (Universidad de la República Uruguay)*. 1(2): 62-68.
- Cámara de Senadores (2016). Salas de Lactancia Materna. Comisión de Salud Pública. Proyecto de Ley. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/4749444.PDF>
- Cardoso, I., Toso, P., Valdés, V., Cerda, J., Manriquez, V., y Paiva, G. (2010). Introducción Precoz de Sustitutos de Lactancia Materna e Incidencia de Lactancia Materna Exclusiva al Mes de Vida. *Revista Chilena de Pediatría*. 81(4): 326-332.
- Dewey, K., Nommsen-Rivers, L., Heinig, M., y Cohen, R. (2003). Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess

neonatal weight loss. *Pediatrics*. 112(3 Pt 1): 607-19. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12949292>. Traducción propia.

Dois, A., Lucchini, C., Villaroel, L., y Uribe, C. (2013). Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. *Revista Chilena de Pediatría*. 84(3): 285-292.

El-Gilany, A. H., Sarraf, B., y Al-Wehady, A. (2012). Factors associated with timely initiation of breastfeeding in Al-Hassa province, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*. 18 (3): 250-254. (Traducción propia).

Estefanell, C., Villanueva, A., Farías, S., Dalmonte, A., Galarza, M., Pérez, S., y Priet, G. (2009). Clínica de Lactancia. Experiencia de 2 años. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 80(3): 210-214.

Faculta de Psicología (2016). Sala de Alimentación de la Facultad de Psicología. Recuperado de: <http://www.psico.edu.uy/novedades/portada-de-sitio/sala-de-alimentaci%C3%B3n-de-la-facultad-de-psicolog%C3%ADa>

Gallardo, M. (2014). *Prevalencia y factores asociados al abandono y mantenimiento de la lactancia materna en mujeres españolas*. Trabajo final de Grado. España. Revisión. Recuperado de: [https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/25406/Gallarco\\_Vico\\_2015.pdf?sequence=1](https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/25406/Gallarco_Vico_2015.pdf?sequence=1)

Gómez, P., Bonino, A., Stewart, J., Ricceto, C., y Tejera, V. (2008). Perfil de la lactancia materna en la población del Hospital Británico. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 79(1): 16-20.

González, C. (2003). *Bésame mucho*. España. Editorial: Temas de hoy.



González, C. (2006). *Un regalo para toda la vida: Guía de lactancia materna*. España. Editorial: Temas de hoy.

Horii, N., Guyon, A.B., y Quinn, V. (2011). Determinants of delayed initiation of breastfeeding in rural Ethiopia: programmatic implications. *Food Nutr Bull.* 32(2): 94-102. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22164971>

IFBAN, RUANDI, y UNICEF (2004). Lactancia materna: Una estrategia para mejorar la salud, el crecimiento, y nutrición del lactante y niño pequeño. Recuperado de: [http://ruandi.org.uy/sitiowordpress/wp-content/uploads/2014/05/LACT\\_Doc\\_3\\_uy\\_media\\_lactancia\\_uy2004.pdf](http://ruandi.org.uy/sitiowordpress/wp-content/uploads/2014/05/LACT_Doc_3_uy_media_lactancia_uy2004.pdf)

Klein, M. (1952). *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. Desarrollos en Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Ediciotrial: Hormé 1967.

Ley N° 19.161, Subsidios por maternidad (2013). Poder Legislativo, el Senado y la Cámara de Representante de la República Oriental del Uruguay, Reunidos en asamblea general. Montevideo, Uruguay. Recuperado de [http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/leyes/2013/11/mtss\\_584.pdf](http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/leyes/2013/11/mtss_584.pdf)

Machado, R., Campos, C., Montoya, R., y Schmidt, J. (2015). Experiencias de donación de leche humana en Andalucía-España: un estudio cualitativo. *Enfermería Global.* 14 (37) Murcia.

Marasco, L. (2005). Mitos falsos sobre la lactancia. La leche league International. *Nuevo Comienzo.* 17(4). Recuperado de: [http://www.lli.org/lang/espanol/ncvol17\\_4\\_05.html](http://www.lli.org/lang/espanol/ncvol17_4_05.html)

Marcos, I. (2011). Tabúes en la lactancia materna. Sina, Lactancia y Crianza. Recuperado de: <http://www.asociacionsina.org/2011/01/28/tabues-en-la-lactancia-materna-por-inma-marcos/>

MIDES (2016). Inauguración de sala de lactancia y cambiador de bebés. Tiempo de disfrute. Recuperado de:

<http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/61231/3/innova.front/tiempo-de-disfrute>

Montevideo shopping (s.f). Recuperado de:  
<https://www.montevideoshopping.com.uy/innovaportal/v/1203/9/montevideo/servicios.html>

Moore, E., Anderson, G., y Bergman, N. (2007). Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4.

MSP (2007). Ley N° 18.131. Creación del Fondo Nacional de Salud. Recuperado de:  
[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Ley\\_N%C2%BA\\_18.131.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Ley_N%C2%BA_18.131.pdf)

MSP, MIDES, RUANDI y UNICEF (2011). Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia/2011. Recuperado de:  
[http://ruandi.org.uy/sitiowordpress/wp-content/uploads/2014/05/NyS\\_Doc\\_5\\_encuesta\\_lactancia\\_uruguay2011\\_web.pdf](http://ruandi.org.uy/sitiowordpress/wp-content/uploads/2014/05/NyS_Doc_5_encuesta_lactancia_uruguay2011_web.pdf)

MSP (2014). Red de Bancos de Leche Humana: Premio “Nova” en la categoría Interés Público. Recuperado de: <http://www.msp.gub.uy/noticia/red-de-bancos-de-leche-humana-premio-%E2%80%9Cnova%E2%80%9D-en-la-categor%C3%ADa-inter%C3%A9s-p%C3%BAblico>

MSP (2015). Presentación de Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Recuperado de:  
<http://www.msp.gub.uy/noticia/presentaci%C3%B3n-de-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>

MSP (2017). Norma para la Implementación y Desarrollo de Acciones que Protegen, Promueven y Apoyan la Lactancia Materna en todo el Territorio Nacional. Recuperado de:

[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Ord.%20Min.%2062%20y%20Anexos.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Ord.%20Min.%2062%20y%20Anexos.pdf)

MYSU (s.f). Buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño/a pequeño/a en maternidades. Guía de orientación para equipo técnico Recuperado de:  
<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Buenas-Pr%C3%A1cticas-Alimenticias-Lactantes.pdf>

Newman, J. (1990). Breastfeeding Problems associated with the early introduction of bottles and pacifiers. *J Human Lact.* 6(2): 59-63.

Nuevo Centro shopping, (s.f). Recuperado de:  
<http://www.nuevocentrosshopping.com.uy/innovaportal/v/88487/8/nc/servicios.html>

OMS (1981). Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra. Recuperado de:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42533/1/9243541609\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42533/1/9243541609_spa.pdf)

OMS (2003). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Recuperado de:  
[http://www.who.int/nutrition/publications/ga\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/ga_infant_feeding_text_spa.pdf)

OMS, UNICEF, IFBAN, ILCA, The Academy of Breastfeeding Medicine, Regine Toscani (...) y La Leche League International (2005). Declaración de Innocenti del 2005. Sobre la Alimentación de Lactantes y Niños Pequeños. Recuperado de:  
<https://www.ghan.es/doc/>

OMS, OPS, y UNICEF (2009). La Iniciativa Hospital Amigo Del Niño. Revisada, Actualizada y Ampliada para la Atención Integral. Módulo 1: Antecedentes y Ejecución. Recuperado de:  
[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi\\_trainingcourse\\_s1\\_es.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s1_es.pdf)

OMS (2017). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.

Recuperado de: [http://www.who.int/nutrition/topics/global\\_strategy\\_iycf/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/global_strategy_iycf/es/)

ONU (2015). Objetivos de desarrollo sostenible. 17 Objetivos para transformar nuestro

mundo. Recuperado de: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Osorio, J. y Botero, B. (2012). Factors associated to the duration of exclusive

breastfeeding. *Invest Educ Enferm.* 30(3): 390-397. Traducción propia.

Ospina, J., Jiménez, M., y Villamarín, E. (2015). La importancia de la lactancia en el

desarrollo físico, psíquico y relacional del niño. *Revista do Nesme.* 12(1): 7- 18.

Presidencia de la República Oriental del Uruguay (2015). Salud en niños menores de

dos años. Salas de lactancia materna en lugares de trabajo serán parte del sistema de cuidados. Recuperado de:

<http://presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/lactancia-mps-mtss-murro->

Presidencia de la República Oriental del Uruguay (2016). Recuperado de:

<https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/salud-banco-leche-materna-pereira-rossell-donantes-recien-nacidos-carroscia>

Punta Carretas Shopping (s.f). Recuperado de:

<http://www.puntacarretas.com.uy/planifica-tu-visita/servicios/>

Quispe, M., Oyola, A., Navarro, M., y Silva, J. A. (2015). Características y creencias

maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Salud Pública.* 41(4): 582-592.

Riet, M. (2015). Actividad por Lactancia Materna. Intendente en apertura de Semana de

la Lactancia Materna. Recuperado de:

<http://www.montevideo.gub.uy/institucional/noticias/intendente-en-apertura-de-semana-de-la-lactancia-materna>

Rivara, G., Rivara, P., Cabrejos, K., Quiñones, E., Ruiz, K., Miñano, K., (...) y Villa, A. (2007). Contacto piel a piel inmediato: Efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. *Revista Peruana de Pediatría*. 60(3): 142-149.

Rocha Sampaio, A., Bousquat, A., y Barros, C. (2016). Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*. 25(2): 281-290. (Traducción propia).

Romero, A., Aler Gay, C., y Olza, I. (2012). Maternidad y salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.

RUANDI, MSP, y UNICEF (2007). Encuesta de lactancia, estado nutricional y alimentación complementaria. En niños menores de 24 meses, atendidos por servicios públicos y mutuales de Montevideo e interior del país. Recuperado de: [https://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy\\_media\\_Encuesta\\_de\\_lactancia.pdf](https://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Encuesta_de_lactancia.pdf)

RUANDI, IBFAN, y BPNI (2016). Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi). Recuperado de: <http://ruandi.org.uy/sitiowordpress/wp-content/uploads/2016/11/WBTi-2016.pdf>

Salsavilca, E. y Valles, S. (2016). *Factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva del recién nacido sano*. Trabajo académico para optar el título de especialista en cuidado enfermero en neonatología. Universidad privada Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de Segunda Especialidad en Enfermería. Perú.

- Sartorotti, A. (2017). La Universidad no quiere esperar por un plan público privado. Diario "El Observador". Recuperado de: <http://www.elobservador.com.uy/salas-lactancia-obligatorias-las-instituciones-medicas-n1034123>
- Severi, C., Castro, M., Lustemberg, C., y Moratorio, X. (2010). Las buenas prácticas en los servicios (BPA) como estrategia para mejorar la calidad en la atención nutricional en el embarazo y los primeros años de vida. *Medwave*. 10(11).
- Silva, P. (2013). Sensibilidad materna y su asociación con el desarrollo infantil temprano. Estudio exploratorio en diadas madre-bebé en contexto natural. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Siqueira Boccolini, C., Lazaro de Carvalho, M., Couto de Oliveira, M. I., y Godoi Vasconcellos, A. G. (2011). Factors associated with breastfeeding in the first hour of life. *Rev Saude Pública*. 45(1): 69-78. Traducción propia.
- Spitz, R. (1970). *El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones de objeto*. España: Editorial Aguilar.
- Suat (2013). ¿Sabías que en Uruguay hay Bancos de Leche Humana? Recuperado de: <https://www.suat.com.uy/novedad/171-sabias-que-en-uruguay-hay-bancos-de-leche-humana/>
- UNICEF (1990). La Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado de [https://www.unicef.org/uruguay/spanish/CDN\\_20\\_boceto\\_final.pdf](https://www.unicef.org/uruguay/spanish/CDN_20_boceto_final.pdf)
- UNICEF (2005). Bienvenido Bebé. Recuperado de: [http://files.unicef.org/uruguay/spanish/bienvenido\\_bebe.pdf](http://files.unicef.org/uruguay/spanish/bienvenido_bebe.pdf)

UNICEF y Fundación Kaleidos (2012). Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia. Recuperado de:

[https://www.unicef.org/ecuador/Desarrollo\\_emocional\\_0a3\\_simples.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/Desarrollo_emocional_0a3_simples.pdf)

UNICEF (2016). Estado mundial de la infancia 2016. Una oportunidad para cada niño. Recuperado de:

[https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF\\_SOWC\\_2016\\_Spanish.pdf](https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf)

UNICEF (s,f a). Mitos y realidades de la lactancia materna. Recuperado de:  
[https://www.unicef.org/Mitos\\_de\\_la\\_lactancia\\_materna.pdf](https://www.unicef.org/Mitos_de_la_lactancia_materna.pdf)

UNICEF (s,f b). Banco de leche humana en cuba. Recuperado de:  
[https://www.unicef.org/lac/Bancos\\_de\\_leche\\_humana\\_en\\_Cuba\\_Arreglos\\_full.pdf](https://www.unicef.org/lac/Bancos_de_leche_humana_en_Cuba_Arreglos_full.pdf)

Universidad de la república (2016). Lactancia materna gana espacios en la Udelar. Recuperado de:

<http://www.universidad.edu.uy/prensa/renderItem/itemId/39312/refererPagId/12>

Vallone, F. (2009). Pequeños grandes clientes. La publicidad de sucedáneos de la leche materna en dos revistas pediátricas de Argentina entre 1977 y 2006. *Salud Colectiva*. 5(1): 87-105.

Winnicott, D. (1958). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Editorial laia. Barcelona, España.

Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Editorial Paidós. Buenos Aires.