

INTERVENCIONES QUE PROMUEVEN EL INICIO, DURACIÓN Y EXCLUSIVIDAD DE LA LACTANCIA MATERNA: UNA REVISIÓN DE REVISIONES

INTERVENTIONS THAT PROMOTE INICIATION, DURATION AND EXCLUSIVITY OF BREASTFEEDING. AN UMBRELLA REVIEW

Camila Lucchini-Raies

Enfermera Matrona. Magíster en Enfermería. Doctoranda Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.

Olga Lopez-Dicastillo

Enfermera. MSc (Master in Science). PhD. Profesora Contratada Doctor. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra.

Grupo de investigación IMPULS (Investigación e Innovación para la Implementación de la Promoción de la Salud)

IdiSNA, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra

Artículo recibido el 10 de octubre, 2017. Aceptado en versión corregida el 23 de noviembre, 2017

RESUMEN

El propósito de este estudio es aportar una síntesis de los resultados de revisiones sistemáticas (RS) disponibles en torno a la efectividad de intervenciones destinadas a promover la LM, a través de la realización de una revisión de revisiones (RR). Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las palabras clave: “breastfeeding”, “promotion”, “intervention” y “systematic review”, encontrándose nueve RS que cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados se presentan en relación a nueve dimensiones de análisis, que se aplicaron a cada una de las RS seleccionadas: objetivos, participantes, criterios de inclusión/exclusión, número y tipos de estudios incluidos, tipos de intervenciones realizadas, escenarios donde se desarrollaron las intervenciones, marco conceptual que sustentó la intervención, resultados evaluados e instrumentos de medida y conclusiones de cada una de las RS. Los resultados de esta RR no permiten extraer información concluyente en cuanto a la evidencia del impacto que tienen las intervenciones sobre la promoción, el inicio, la duración y la exclusividad de la LM. Lo anterior, debido a la diversidad de intervenciones realizadas, la multiplicidad de variables intervinientes y por falta de rigurosidad metodológica y sustento teórico de algunas de las RS analizadas.

Palabras clave: Lactancia Materna, Revisiones Sistemáticas, Intervención Precoz (educación), Efectividad

ABSTRACT

The aim of this study is to provide a synthesis of the results available of systematic reviews (SR) on the effectiveness of interventions of breastfeeding (BF) promotion, through an umbrella review (UR). A bibliographic search was carried out using the keywords: "breastfeeding", "promotion", "intervention" and "systematic review", finding nine SR that met the inclusion criteria. The results are presented in relation to nine dimensions of analysis, which were applied to each of the SR selected: objectives, participants, inclusion/exclusion criteria, number and types of studies included, types of interventions performed, settings, conceptual framework that supported the intervention, results and instruments, and conclusions of each SR. The results of this UR do not allow the extraction of conclusive information about the evidence of the impact of the interventions on the promotion, initiation, duration and exclusivity of BF. This, due to the diversity of interventions, the multiplicity of intervening variables and the lack of methodological rigor and theoretical support of some SRs analyzed.

Key words: Breastfeeding, Systematic Reviews, Early Intervention (education), Effectiveness.

DOI UC: 107764/Horiz_Enferm.28.3.33

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es considerada como la forma óptima de alimentación durante la etapa infantil temprana. Se recomienda que los niños/as se amamanten de manera exclusiva hasta los seis meses de vida y luego lo continúen haciendo de manera complementada con alimentación sólida, adecuada para su edad, hasta los dos años de vida o hasta que la madre y el niño/a mutuamente lo deseen⁽¹⁻³⁾.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile, se acoge a estas recomendaciones; así como también lo hace el Comité de Lactancia de la Sociedad Chilena de Pediatría^(4,5).

A pesar de la evidencia existente en cuanto a los beneficios de la LM⁽⁶⁻⁸⁾, los datos demuestran que no en todos los casos se instaura o se mantiene de acuerdo a las recomendaciones anteriormente mencionadas. En Chile, por ejemplo en la encuesta nacional de 2013 se recoge que a pesar de que la tasa de LM exclusiva al sexto mes de vida fue de 56%, solo el 73% de los lactantes recibía este tipo de alimentación al mes, lo que corresponde a la cifra más baja a nivel nacional desde 1993⁽⁹⁾.

Son múltiples las iniciativas existentes para la creación e implementación de intervenciones destinadas a apoyar a las madres y sus familias en las distintas etapas del proceso de amamantamiento. Existe una gran variedad de artículos científicos que dan cuenta, con diversa rigurosidad metodológica, acerca de los efectos de

diversas intervenciones en LM. El gran número de intervenciones llevadas a cabo ha permitido realizar varias revisiones sistemáticas (RS) analizando diversos aspectos de las intervenciones e incluso la realización de una revisión de revisiones (*Umbrella review*) para analizar la efectividad de intervenciones que promueven la LM⁽¹⁰⁾. La revisión de revisiones (RR) tiene como objetivo aportar una síntesis de los resultados de revisiones sistemáticas disponibles en relación a un tema específico siendo de utilidad, tanto para los profesionales clínicos como para los tomadores de decisiones^(11,12). Así una RR, permite comparar y contrastar los resultados de RS publicadas y proveer una evaluación general de un cuerpo de conocimientos que se encuentra disponible sobre un tema concreto. Sirven, además, para determinar si la evidencia existente es consistente, contradictoria o discrepante en relación a los resultados existentes y explorar las razones de ello⁽¹²⁾.

El análisis de la evidencia resulta esencial para informar la práctica y la política y poder permitir la toma de decisiones con respecto al tema revisado. En el caso de la LM, en 2016 se publicó la primera RR⁽¹⁰⁾. Esta revisión incluía trabajos publicados entre 2005 y 2015 ofreciendo un análisis de la efectividad de las intervenciones destinadas a promover el inicio, duración y exclusividad de la LM. Sin embargo, otros aspectos entre los que se encuentran las conclusiones acerca de los marcos teóricos utilizados, no se recogieron en esta revisión. Analizar y

constatar el tipo de marcos teóricos empleados es de especial importancia para poder llegar a conclusiones acerca del desarrollo, implementación y efectividad de las intervenciones analizadas. El empleo de marcos teóricos relevantes en el diseño de intervenciones, es esencial porque proporciona una comprensión teórica del proceso que es susceptible de cambio, basándose en la evidencia y la teoría existentes⁽¹³⁾. El propósito del uso de un marco teórico ad-hoc permite ser sensible a factores específicos del contexto y proporcionar una mejor comprensión de situaciones complejas; lo que a su vez contribuiría a optimizar el diseño de las intervenciones y maximizar sus efectos potenciales⁽¹⁴⁾. Además, numerosos trabajos han sido publicados, ofreciendo nueva evidencia al respecto. Con el propósito de enriquecer los resultados mostrados en esta revisión, se plantea la realización de la revisión actual.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una RR, siguiendo los lineamientos propuestos por Joanna Briggs Institute para el desarrollo de umbrella reviews⁽¹²⁾. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las palabras clave: “breastfeeding”, “promotion”, “intervention” y “systematic review”, a través de un sistema de multibúsqueda que incluyó las bases de datos Medline/Pubmed, Pubmed Central, ProQuest Central, ProQuest Health and Medical Complete, ProQuest Nursing and Allied Health Source,

ProQuest Psychology Journals, ProQuest Science Journals, ProQuest Family Health y ProQuest Sociology. Se utilizaron los siguientes criterios para refinar la búsqueda: artículos de revisiones sistemáticas, relacionadas con la medición de la efectividad de intervenciones en LM, de 2015 a 2017 y que estuvieran publicados en idioma inglés, español, y portugués, para poder completar la información proporcionada por la última revisión de revisiones existente⁽¹⁰⁾.

Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron: RS que evaluaran la efectividad de intervenciones destinadas a promover el inicio, duración y exclusividad de la LM en mujeres sanas, mayores de 18 años, con hijos/as de término sanos.

Se excluyeron las RS que evaluaran la efectividad de intervenciones destinadas a promover el inicio, duración y exclusividad de la LM en mujeres con patología o dificultad para amamantar a su hijo/a, y aquellas en que los niños/as tuvieran una condición de salud que interfiriera con el amamantamiento.

RESULTADOS

Se encontraron 14 RS publicadas entre febrero de 2016 y mayo de 2017, de las cuales nueve cumplieron con los criterios de inclusión y son las que se consideraron en esta RR(15–23)(Tabla N°1: Resumen de las RS analizadas).

Los resultados se presentan en relación a nueve dimensiones de análisis las cuales se aplicaron a cada una de las

nueve RS. Estas dimensiones consideran: los objetivos, los participantes, los criterios de inclusión/exclusión, el número y los tipos de estudios incluidos, los tipos de intervenciones realizadas, los escenarios dónde se desarrollaron las intervenciones, el marco conceptual que sustentó la intervención, los resultados evaluados e instrumentos de medida y las conclusiones de cada una de las RS. Estas nueve dimensiones se establecieron de acuerdo a las utilizadas en la RR publicada con anterioridad y se incluyeron, a criterio de los autores basado en la evidencia reportada en la literatura revisada, las dimensiones de “marco teórico que sustentó la intervención” e “instrumentos de medida”^(10,13).

En relación a la dimensión de objetivos de las RS revisadas, estos se centraron en la evaluación de intervenciones en LM y su efectividad en el inicio, inicio precoz, duración y exclusividad del amamantamiento asociado a: el momento en que se realizó la intervención (prenatal, posnatal, pre y posnatal combinados), quiénes llevaron a cabo las intervenciones (profesionales, pares, ambos), tipo de intervención (educación prenatal, educación a la mujer y su red social, apoyo de pares comunitarios), beneficios y posibles daños de las intervenciones, modalidades de la intervención (individual, grupal, con uso de multimedia, a través de la implementación de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño), y la relación entre autoeficacia y

LM. Cabe destacar que algunas de las RS analizadas, consideraron más de un criterio para plantear sus objetivos.

Respecto de los participantes, las RS incluyeron mujeres embarazadas sanas^(15,18,20,21), madres sanas de recién nacidos y niños sanos^(15-19,21-23), mujeres con intención de amamantar en el futuro⁽²¹⁾ y la red de apoyo de las mujeres participantes, incluidos la pareja, abuelos y amigos^(20,22,23). Al igual que en la dimensión anterior, algunas de las intervenciones consideraron a más de un tipo de participantes.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión, las RS seleccionadas plantean una gran variedad de ellos, que para efectos del análisis se han agrupado según tipo de estudios, tipo de participantes, tipo de intervenciones y otros. Así, como criterios de inclusión se consideraron, según tipo de estudio, ensayos randomizados controlados ERC⁽¹⁵⁻²³⁾, estudios cuasi experimentales^(15-17,19), estudios observacionales^(17,19), de cohorte⁽¹⁹⁾, transversales (19) y de pre y post test con controles concurrentes⁽²²⁾. Según los participantes, los criterios de inclusión mencionados fueron mujeres embarazadas y madres^(15-20,22,23), recién nacidos a término o cercanos al término^(15,16,18,22), personas que componían la red de apoyo social de la mujer: pareja, abuelos, amigos⁽²²⁾ y cualquier grupo de población⁽²¹⁾. De acuerdo a los tipos de intervención, los criterios de inclusión señalados consideraron intervenciones de educación

prenatal^(20,23), de apoyo comunitario⁽¹⁹⁾, de apoyo extra al cuidado estándar⁽¹⁵⁾, intervenciones basadas en la autoeficacia relacionada al amamantamiento⁽¹⁶⁾ e intervenciones enmarcadas en la iniciativa del Hospital amigo de la madre y el niño⁽¹⁷⁾. Por último, como otros criterios de inclusión, se consideró el idioma inglés de los artículos, en una de las RS analizadas⁽¹⁸⁾. Como criterios de exclusión se mencionan, según tipo de estudio, a los ensayos cuasi experimentales⁽²⁰⁾ y a los estudios con diseño ecológico⁽¹⁷⁾. Según participantes, los criterios de exclusión fueron, estudios que consideraron niños con problemas de salud^(17,21,23), prematuros^(17,23), mujeres con problemas de salud^(21,23), VIH (+)^(17,18), mujeres usuarias de drogas⁽¹⁸⁾, madres adolescentes⁽¹⁸⁾ y mujeres o niños con contraindicaciones para amamantar⁽¹⁷⁾. Según los tipos de intervención, se consideraron como criterios de exclusión, estudios que consideraron intervenciones de educación intra o posparto⁽²⁰⁾, intervenciones realizadas solo en el periodo antenatal⁽¹⁵⁾ y estudios que incluyeron intervenciones nutricionales específicas⁽¹⁹⁾. Dentro de otros criterios de exclusión, una de las RS consideró el parto en domicilio⁽¹⁷⁾; y dos de las RS analizadas no mencionaron criterios de exclusión^(16,22). Al igual que en las dimensiones anteriores, las RS analizadas consideraron más de un tipo de criterios de inclusión/exclusión.

Con respecto al número y tipos de estudios incluidos, las 9 RS analizadas

completaron un total de 310 estudios con un rango de entre 6 y 73 estudios considerados en cada una de ellas. En relación a los tipos de estudios incluidos, 237 correspondieron a ERC, 35 a estudios cuasi experimentales, 24 a estudios transversales y otros diseños comparativos, 12 a estudios prospectivos y 2 a diseños de pre y post test con controles concurrentes.

Para analizar los tipos de intervención realizadas, se utilizó una clasificación en dos grupos, utilizando los mismos criterios señalados en la UR publicada en 2016⁽¹⁰⁾. El primero, corresponde a aquellas intervenciones destinadas a brindar educación, apoyo y consejo sobre LM^(15,16,18-23), las que a su vez, se subdividieron en dos grupos de acuerdo al momento en que se llevaron a cabo: (a) aquellas que se desarrollaron en el periodo prenatal exclusivamente⁽²⁰⁾ y (b) aquellas que se realizaron durante el periodo prenatal y postnatal^(15,16,18,19,21-23). En el segundo grupo se incluyeron otras intervenciones en LM⁽¹⁷⁾.

Las intervenciones destinadas a brindar educación, apoyo y consejo, independientemente del periodo en que se llevaron a cabo, se caracterizaron por incorporar elementos de apoyo educativo (conocimientos sobre beneficios de la LM, tipos y formas de alimentación, mitos y dudas de LM, comportamientos del recién nacido, posiciones y acoplamiento al amamantar, técnica y manejo de problemas de LM, señales de hambre del niño); apoyo emocional y/o social; consejo (nutricional y en la toma

de decisiones compartidas); autoeficacia en relación a la LM; y evaluación de la LM. Estas intervenciones fueron realizadas por profesionales de la salud (enfermeras, matronas, médicos, *doulas* profesionales, enfermeras consultoras de lactancia); por pares (familiares y comunitarios) y/o por ambos. Se utilizaron distintas modalidades: de manera individual y grupal; presencial cara a cara, con apoyo de multimedia y por teléfono; por medio de talleres, charlas, clases teórico-prácticas, videos, catálogos, folletos y manuales; en las instituciones de salud, en los domicilios y en la comunidad.

Con respecto a las otras intervenciones en LM, una de las RS⁽¹⁷⁾ se centró en evaluar la efectividad de intervenciones centradas en la implementación de la iniciativa del Hospital amigo de la madre y el niño, ya fuera esta total (10 pasos) o parcial (al menos tres de los 10 pasos).

En relación a los escenarios dónde se desarrollaron las intervenciones, estos se caracterizaron por ser entornos de instituciones de salud del nivel primario (centros de salud) y secundario de atención (servicios de maternidad), entornos comunitarios y los domicilios de las participantes. Siete de la RS reportaron que los estudios analizados combinaron distintos escenarios para llevar a cabo las intervenciones^(15,16,18,20-23). Así, en cuatro de ellas se señala que las intervenciones se desarrollaron en instituciones de salud y en el domicilio de las mujeres^(18,20,21,23); dos de las RS

mencionan que las intervenciones se llevaron a cabo en centros de salud del nivel primario y secundario de atención^(15,22); y en una de ellas los escenarios fueron instituciones de salud y la comunidad⁽¹⁶⁾. Dos de las RS refieren que las intervenciones se llevaron a cabo en un solo escenario (hospitalario y comunitario respectivamente)^(17,19).

En cuanto al marco conceptual que sustentó la intervención, de las 9 RS incluidas en esta RR, solo una de ellas considera una base teórica (Teoría de la autoeficacia relacionada con el amamantamiento)⁽¹⁶⁾, como sustento para el diseño, implementación y análisis de las intervenciones. Dos de las RS, señalan que en uno de los estudios que incluyeron en su análisis, se hace referencia a los marcos teóricos que sustentaron las intervenciones (Teoría de aprendizaje social de Bandura y los principios de la educación de adultos⁽¹⁸⁾; y la Teoría del comportamiento planificado⁽²¹⁾, respectivamente). Las seis RS restantes no señalan ningún marco teórico^(15,17,19,20,22,23).

En relación a los resultados evaluados e instrumentos de medida utilizados, se puede señalar que con respecto a los resultados, la duración de la LM exclusiva y de la LM en cualquiera de sus formas fueron los resultados más evaluados, en seis^(17-20,22,23) y cuatro^(16,17,20,22) de las RS, respectivamente. El inicio y el inicio precoz (antes de la primera hora de vida del niño) de la LM, fueron resultados que se evaluaron en cuatro de las RS^(17,19-21);

así como también lo fue, la autoeficacia en relación con el amamantamiento en dos de las RS^(16,18). Otros resultados evaluados incluyeron: posibles daños atribuibles a las intervenciones (ansiedad materna, disminución de la confianza materna, preocupación por la confidencialidad)⁽²²⁾, alimentación prelacteal (administración de cualquier tipo de alimento o fluido antes del inicio de la LM)⁽¹⁹⁾, cese de la LM y de la LM exclusiva entre las cuatro y seis semanas y antes de los seis meses posparto⁽¹⁵⁾, LM exclusiva al alta de la maternidad y tipo de LM⁽¹⁷⁾. Los instrumentos que se utilizaron para medir estos resultados, fueron auto informes de las propias madres^(15,16,18,21), escalas para medir la autoeficacia^(16,18), registros clínicos médicos y de enfermería⁽²¹⁾, y a través de miembros del equipo de investigación⁽²⁰⁾. Cuatro de las RS no señalan los instrumentos utilizados por las intervenciones revisadas para medir los resultados^(17,19,22,23).

Por último, en relación a las conclusiones de las RS, se puede señalar que en aquellas intervenciones donde los componentes esenciales fueron educación, apoyo y consejo, estos se transformaron en factores que influyeron positivamente las prácticas de LM⁽¹⁸⁾. Así, resultaron ser efectivas en el aumento de la LM exclusiva a los tres y seis meses y en el inicio de la LM, aquellas intervenciones que contemplaron más de un método o recurso para llevarla a cabo (entrega de folleto, video y una sesión con consultora de lactancia;

sesiones mensuales con profesional de la salud más mensajes de texto al celular semanalmente). También resultaron ser efectivas en la LM exclusiva a los seis meses, aquellas intervenciones que contemplaron la realización de visitas domiciliarias complementadas con el uso de recursos como videos, llamadas telefónicas y la entrega de manuales⁽²⁰⁾. Las RS que evaluaron las intervenciones que midieron autoeficacia relacionada con el amamantamiento concluyeron que la autoeficacia se relaciona positivamente con los resultados en LM, que los puntajes de esta fueron significativamente más altos en las madres de los grupos intervención, medida a los dos meses posparto y que estas madres tuvieron 1.56 y 1.66 veces más posibilidades de estar amamantando al mes y los dos meses en comparación con las madres de los grupos control^(16,18). La RS que evaluó la iniciativa del Hospital amigo de la madre y el niño, concluyó que la adherencia a la iniciativa tiene un impacto positivo a corto, mediano y largo plazo sobre los resultados en la LM; y que existe una relación dosis-respuesta entre el número de pasos de la iniciativa a los que las mujeres están expuestas y el mejoramiento en los resultados de lactancia (inicio precoz, LM exclusiva al alta de la maternidad y duración de la LM y de la LM exclusiva). Además, señalan que el apoyo comunitario parece ser esencial para mantener el impacto de la iniciativa de los 10 pasos en la LM a largo plazo⁽¹⁷⁾.

Otras RS incluidas en esta RR concluyeron que ciertas intervenciones no tuvieron efecto sobre los resultados evaluados (inicio de LM), como aquellas que contemplaron el uso de recursos multimedia y el apoyo de pares comunitarios⁽²¹⁾. Tampoco tuvieron efectos en el inicio ni en la duración de la LM (a los tres y seis meses), aquellas intervenciones que consideraron solo un método en su implementación⁽²⁰⁾.

Controversia se presenta a la hora de observar los resultados obtenidos en las RS que analizaron intervenciones con apoyo de profesionales y pares, dado que una de las RS concluyó que las intervenciones educativas realizadas tanto por profesionales de la salud como por no profesionales, tuvieron un efecto modesto en el aumento del número de mujeres que iniciaron la LM⁽²¹⁾. Por el contrario, otra de las RS concluyó que las intervenciones educativas y de apoyo individual realizadas por pares y profesionales, mostraron una diferencia significativa para cualquier tipo de LM y LM exclusiva por menos de tres meses y entre tres y seis meses a favor de la intervención y a los seis meses solo para LM exclusiva⁽²²⁾. La diferencia de resultados entre ambas RS podría deberse a que en aquella en donde se obtuvo un resultado modesto, los tipos de intervención realizadas fueron múltiples, en relación al tipo de apoyo, quién lo brindaba, el momento, la modalidad y el escenario donde se realizaba. Por otro lado, en la RS en que los resultados fueron significativos, las intervenciones

estuvieron acotadas a aquellas de tipo educativo y de apoyo a nivel individual. Asimismo, otra de las RS concluyó que el apoyo por pares comunitarios aumentó la LM exclusiva a los tres, cinco y seis meses en países de bajos y medianos ingresos; y que en países de altos ingresos el apoyo por pares comunitarios aumentó la LM exclusiva a los tres meses. También, señalan que en los países de bajos y medianos ingresos el apoyo por pares aumentó el inicio de la LM durante la primera hora de vida y disminuyó el riesgo de la alimentación prelacteal⁽¹⁹⁾.

En relación a posibles daños ocasionados por las intervenciones, resultado que fue abordado por una de las RS analizadas⁽²²⁾, uno de los estudios reportó que no hubo diferencia significativa en relación al estado de ansiedad materna en mujeres que recibieron la intervención *vs* el control y otro estudio reportó que dos madres expresaron sentimientos de ansiedad, disminución de su confianza y preocupación respecto de la confidencialidad durante una intervención de apoyo de pares, sentimientos que no aparecieron en el cuidado de rutina⁽²²⁾.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los resultados de las RS incluidas en esta RR no permiten extraer información concluyente en cuanto a la evidencia del impacto que tienen las intervenciones de promoción, en el inicio, la duración y la exclusividad de la LM. Al parecer estos resultados estarían dados por la diversidad de las intervenciones realizadas, la multiplicidad de variables

intervinientes y por falta de rigurosidad metodológica y sustento teórico en algunas de ellas; misma conclusión a la que llegaron los autores de la UR publicada en 2016⁽¹⁰⁾.

Otro aspecto interesante que se desprende de los resultados de una de las RS analizadas, es la mención a posibles “efectos adversos” relacionados con las intervenciones, como lo son la ansiedad materna, la disminución de la confianza materna y la preocupación por la confidencialidad⁽²²⁾; planteamiento que resulta ser paradójico, si se parte de la base que estas intervenciones están destinadas a la promoción de una práctica, como lo es la LM, que la evidencia señala ser beneficiosa y que en sí misma no debería presentar efectos adversos. Este planteamiento se constituye en un aspecto interesante a discutir y valorar en futuras intervenciones, ya que se requiere de mayor profundización e investigación en relación a cómo se fundamentan y desarrollan este tipo de intervenciones.

No obstante lo anterior, se puede concluir que aquellas intervenciones que consideraron varios métodos educativos, incorporaron a la pareja masculina, consideraron más de un encuentro o incorporaron controles de seguimiento, se desarrollaron en un contexto de contacto personal continuo con un profesional de la salud y/o abordaron distintas dimensiones del apoyo, obtuvieron resultados positivos en términos de los indicadores de LM (inicio, duración, exclusividad)^(18,20,21). Lo que puede indicar que la promoción de la LM

requiere de abordajes complejos y a varios niveles, que consideren la multidimensionalidad del fenómeno tal y como se indica más adelante.

Asimismo, respecto de la modalidad de las intervenciones, aquellas que consideraron el uso de plataformas o dispositivos electrónicos, que aseguraron una continuidad del cuidado desde el embarazo hasta el período postnatal, resultaron ser efectivas. Lo anterior podría deberse a que los dispositivos electrónicos permiten acceder a la información en el momento en que se necesita y permiten dar una continuidad a la atención y acompañar a la madre durante el proceso del amamantamiento que es dinámico^(20,21).

Las intervenciones que privilegiaron actividades de interacción entre las propias mujeres y que se adecuaron a sus necesidades individuales, también obtuvieron resultados positivos^(18,20,21), lo que podría deberse a la complejidad del fenómeno del amamantamiento que se vive de manera distinta en cada mujer y en donde la individualización del cuidado cobra gran relevancia. Asimismo, la oportunidad de compartir con otras mujeres en proceso de lactancia, permite la identificación mutua y provee una fuente común de información sobre habilidades y capacidades. Este tipo de aprendizaje observacional puede tener un efecto poderoso en la autoeficacia percibida, sobretodo en ausencia de experiencia personal previa⁽²⁴⁾.

Asociado a lo anterior, una de las RS analizadas ha demostrado la efectividad de intervenciones basadas en el concepto de autoeficacia, donde gracias a este enfoque teórico y su aplicación a la experiencia de amamantar, se logran resultados positivos en los indicadores evaluados⁽¹⁶⁾. Cabe destacar que el concepto de autoeficacia ha sido adaptado y definido en relación al amamantamiento y se entiende por él, como la confianza que cada madre posee en relación a su capacidad para amamantar a su hijo/a, la cual está compuesta por factores variables y que por lo tanto puede ser modificada⁽²⁵⁾.

Las intervenciones en salud y en específico aquellas destinadas a promover la LM son intervenciones complejas, que requieren de un enfoque multidimensional, en donde existen varios grupos de actores involucrados (profesionales que brindan el cuidado, madres y tomadores de decisiones respecto a políticas de salud). Sin embargo, llama la atención que en las RS revisadas faltan descripciones del contexto de las intervenciones y de los marcos teóricos que las sustentan. Estos dos últimos aspectos parecen ser relevantes a la hora de medir la efectividad y eficiencia de las intervenciones en salud y se presentan como factores indispensables a la hora de desarrollar, evaluar e implementar intervenciones complejas en salud^(26,27). Ahora bien, llama la atención el hecho de que en seis de las RS no se indicara el marco teórico utilizado en los artículos

revisados. Si efectivamente los trabajos incluidos en las revisiones no lo incluían, se revelaría una falta de elaboración de intervenciones que tengan un sustento teórico. Otra perspectiva posible es que en las RS realizadas haya primado el análisis metodológico de los trabajos analizados, descuidando el protagonismo que requiere el marco teórico en las intervenciones realizadas. En la misma línea, destaca el hecho de que ninguna RS (salvo la que analiza el concepto de autoeficacia) haya incluido como criterios de inclusión o exclusión aquellos relacionados con la existencia de marcos teóricos para la selección de los trabajos a analizar. En este sentido habría que cuestionarse, si para poder hacer conclusiones sobre los trabajos analizados el enfoque conceptual de los mismos no tendría que tener la misma consideración y profundidad que tienen los aspectos metodológicos. Los marcos conceptuales de los estudios permiten entender mejor los fenómenos abordados y plantear y evaluar intervenciones de manera coherente⁽²⁸⁾.

Por último, es necesario señalar que el proceso de amamantar al hijo/a, es una vivencia compleja, influida por factores individuales, biológicos, psicológicos, ambientales, sociales, culturales, económicos, los cuales no son posibles de controlar y por lo mismo se requiere de aproximaciones que estudien la experiencia incluyendo las distintas perspectivas y dimensiones; de manera de poder contar con evidencia que permita

desarrollar o transferir el resultado de intervenciones que den una respuesta más integral a las necesidades de cada realidad.

Tabla N°1: Resumen de las características de las RS incluidas en la síntesis

| Autor/año | Objetivos | N° y tipo de estudios/ Participantes | Criterios inclusión/exclusión | Intervenciones/Escenarios | Marco Conceptual | Resultados/instrumentos de medida |
|------------------------|--|---|--|--|--|--|
| Wood et al. (2016) | Evaluar intervenciones y recomendar directrices para las necesidades futuras en investigación sobre LM | 6 ERC/ Mujeres embarazadas y puérperas Total: 3882 | ERC, en humanos, en inglés, en mujeres/ madres adolescentes, VIH+, usuarias de drogas | Apoyo educativo y emocional; AE/ Hospital, Domicilio | Teoría de Aprendizaje Social y Educación de Adultos en un estudio de una de las RS | Duración LM, LME, AE/autoinforme y escala de AE |
| Balogun et al. 2016 | Describir actividades de promoción de la salud para incrementar el inicio de la LM y evaluar su efectividad en el inicio e inicio precoz (antes de 1 hora) | 28 ERC/ Mujeres embarazadas, puérperas, que amamantarían en el futuro Total: 107362 | ERC/estudios que consideraron mujeres y niños con problemas específicos de salud | Apoyo educativo y emocional, por profesionales y no profesionales de salud, uso de multimedia/ Hospital, Centro de Salud, Domicilio | Teoría del comportamiento planificado, en un estudio de una de las RS | Inicio e inicio precoz de la LM/autoinforme y registros clínicos |
| Lumbiganon et al. 2016 | Evaluar la efectividad de la educación prenatal en el inicio y duración de la LM | 24 ERC/ Mujeres embarazadas, sus parejas o ambos. Total: 10.056 | ERC que evaluaron efecto de educación prenatal en la duración de LM/ERC que combinaran componentes educativos prenatales intra parto o posparto y ensayos cuasi-experimentales | Apoyo educativo prenatal/ Hospital Centro de Salud Domicilio | No se indica | Inicio y duración de LM y LME a los 3 y 6 meses/no se señalan o a través de través de miembros del equipo de investigación |
| Oliveira et al. 2016 | Determinar la efectividad de intervenciones educativas centradas en las mujeres y su red social de apoyo para la promoción de la LME hasta los seis meses | 11 ERC/ Mujeres embarazadas | ERC de intervenciones educativas en embarazadas para promover la LME a los 6 meses/ estudios en RN prematuros y madres o bebés con alguna enfermedad o | Apoyo educativo con la utilización de más de una estrategia/ Centros de salud Domicilio | No se indica Definen tipos de apoyo | LME a los 6 meses/no se señalan |

| | | | | | | |
|-----------------------|---|--|--|--|--------------|---|
| | | | característica física que dificultara la LM | | | |
| Patnode et al. 2016 | Revisar la evidencia en relación a beneficios y daños de intervenciones en LM para apoyar la actualización de la recomendación de la <i>US Preventive Services Task Force 2008</i> | 52 (50 ERC; 2 antes después con controles)/ Madres de niños a término o cercanos a término Total: 66757 | ERC y estudios antes y después con controles concurrentes, madres de RN a término o casi término, red de apoyo (pareja, abuelos, amigos), en prenatal, parto y periparto/no se señalan | Intervenciones educativas y de apoyo a nivel individual realizadas por profesionales de la salud o pares/ Hospital Centro de Salud | No se indica | LM y LME a 3 y 6 meses. Posibles daños de la intervención/No se señalan |
| Shakya et al. 2017 | Evaluar la efectividad del apoyo de pares comunitarios en la prácticas de LM de las madres | 47 (28 ERC, 13 ensayos cuasi-experimentales, 1 de cohorte, 5 transversales y otros estudios observacionales comparativos)/ Madres de hijos menores de cinco años | ERC, ensayos cuasi-experimentales, de cohorte, transversales, observacionales comparativos, con madres de menores de 5 años que recibieron intervenciones de apoyo comunitario individual o grupal/ intervenciones nutricionales específicas | Intervenciones de apoyo individual o grupal realizadas por pares comunitarios/ Entornos comunitarios | No se indica | LME, inicio precoz de la LM y alimentación prelacteal (administración de cualquier tipo de alimento o fluido antes del inicio de la LM)/ No se señalan |
| Mc Fadden et al. 2017 | Describir tipos de apoyo a la LM y momento y lugar donde se realizan. Evaluar la efectividad de diferentes modalidades de apoyo. Evaluar la efectividad de diferentes proveedores de cuidado. Explorar la relación entre las tasas de LM antes y después del apoyo asociadas a la | 73 ERC/ Mujeres embarazadas sanas con intención de amamantar. Mujeres sanas amamantando a sus hijos sanos. Total: 74.676 binomios madre-hijo | ERC o cuasi-experimentales de intervenciones de apoyo extra, en madres sanas amamantando a sus niños sanos/Estudios que contemplaron intervenciones que fueron solo realizadas en el periodo antenatal | Apoyo suplementario por profesionales de la salud o voluntarios, de manera individual o grupal, cara a cara o por teléfono, con solo un contacto o varios, durante el periodo posnatal o pre y posnatal/ Hospital Centros de salud | No se indica | Cese de la LM antes de los 6 meses, cese de la LME antes de los 6 meses, el cese de cualquier tipo de LM entre las 4 a 6 semanas y el cese de la LME antes de las 6 semanas/Los datos se obtuvieron a través de autoinforme de las madres por medio de cuestionarios o entrevistas. |

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|---|---|---|--|
| | efectividad del mismo | | | | | |
| Pérez-Escamilla et al. 2016 | Evaluar el impacto de la implementación de la iniciativa de IHAMN en la LM y salud infantil a nivel internacional y en EEUU | 58 (9 ERC; 19 cuasi experimentales; 11 prospectivos; 19 transversales o retrospectivos)/ Mujeres con RN a término sanos, que tuvieron sus partos en un hospital con implementación total o parcial de la IHAMN | Estudios experimentales, cuasi-experimentales y observacionales que evaluarán resultados de LM y/o de salud infantil/Estudios con diseño ecológico que incluyeran madres con niños enfermos o pretérmino, VIH +, con parto en domicilio y con contraindicación para amamantar | Implementación total o parcial (al menos 3 de los 10 pasos) de la iniciativa IHAMN/ Servicios de maternidad en Hospitales o centros de nacimiento | No se indica | Inicio precoz de la LM, LME al alta y duración de cualquier tipo de LM y de la LME/ No se señalan |
| Brockway et al. 2017 | Evaluar la relación teórica entre la AE relacionada al amamantamiento y los resultados de LM a través de (a) si las intervenciones para mejorar la AE fueron exitosas y (b) si el mejoramiento en la AE resultó en un aumento de las tasas de LM | 11 (8 ERC; 3 estudios cuasi-experimentales) / Madres sanas con hijos a término sanos con intención de amamantar o amamantando a sus hijos. | ERC o cuasi-experimentales que compararon intervenciones para mejorar la AE vs el cuidado estándar/No se señalan | La mayoría se implementaron en el posparto y estaban basadas en componentes educativos (información, demostración y/o discusión) y de apoyo (apoyo social, consejo o consulta). Fueron otorgadas de manera individual, grupal o vía telefónica/ Hospital Centros de salud Comunidad | Teoría de la AE relacionada al amamantamiento | Puntaje de AE relacionado con el amamantamiento y tipo de LM medida en el momento de la evaluación de la AE o posterior a ella/Escala de AE validada y auto-informe del tipo de LM y AE. |

AE: autoeficacia; ERC: Ensayo Randomizado Controlado; IHAMN: Hospitales amigos de la madre y el niño; LM: Lactancia Materna; LME: Lactancia Materna Exclusiva; RN: Recién Nacido

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud [Internet]. OMS, editor. Washington: OMS; 2010. 120 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf
2. UNICEF. BREASTFEEDING GUIDELINES UNICEF. 2000.
3. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 2012;129(3):827–41.
4. MINSAL. Lactancia Materna [Internet]. Santiago: MINSAL; 2015. p. 2. Available from: <http://www.minsal.cl/lactancia-materna/>
5. Casado ME. Comité de Lactancia Materna de la Sociedad Chilena de Pediatría (SOCHIPE) [Internet]. Santaigo: SOCHIPE; 2012. p. 2. Available from: <http://lactancia.sochipe.cl/aporta.php/biblioteca/categoria/historia-del-comite-lactancia-sochipe/>
6. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia [Internet]. Washington: OPS; 2002. p. 168. Available from: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Cuantificacion-de-beneficios-LM--Resena-de-evidencia.pdf>
7. Horta B, Victora C. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. World Heal Organ [Internet]. 2013;1–54. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_short_term_effects/en/
8. Horta B, Victora C. Long-term health effects of breastfeeding. World Heal Organ [Internet]. 2013;129(8–9):57–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20960419>
9. Rosso F, Skarmeta N, Sade A. Informe técnico: Encuesta nacional de la lactancia materna en la atención primaria ENALMA Chile 2013 [Internet]. Santiago; 2013. Available from: http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME_FINAL_ENALMA_2013.pdf
10. Sutton M, O'Donoghue E, Keane M, Farragher L, Long J. Interventions that promote increased breastfeeding rates and breastfeeding duration among women. An umbrella review [Internet]. Dublin; 2016. Available from: http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/Interventions_that_promote_increased_breastfeeding_rates_2016.pdf
11. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. Health Info Libr J. 2009;26(2):91–108.
12. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014: Methodology for JBI Umbrella Reviews [Internet]. Joanne Briggs Institute. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2014.

13. p. 1–34. Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Mixed-Methods-Review-Methods-2014-ch1.pdf
14. Mcfadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(2).
15. Brockway M, Benzies K, Hayden KA. Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Hum Lact.* 2017;89033441770795.
16. Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):402–17.
17. Wood NK, Woods NF, Blackburn ST, Sanders EA. Breastfeeding Initiation, Duration, and Exclusivity: A SYSTEMATIC REVIEW. *Am J Matern Nurs.* 2016;41(October 2016):299–307.
18. Shakya P, Kunieda MK, Koyama M, Rai SS, Miyaguchi M, Dhakal S, et al. Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(5):e0177434.
19. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Ho J, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(12):72.
20. Balogun O, Sullivan E, Mcfadden A, Ota E, Gavine A, Garner C, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(11):102.
21. Patnode C, Henninger M, Senger C, Perdue L, Whitlock E. Primary Care Interventions to Support Breastfeeding. *Jama.* 2016;316(16):1694–705.
22. Oliveira IBB, Leal LP, Coriolano-Marinus MW de L, Santos AH da S, Horta BL, Pontes CM. Meta-analysis of the effectiveness of educational interventions for breastfeeding promotion directed to the woman and her social network. *J Adv Nurs.* 2016;
23. Dennis C. Theoretical Underpinnings of Breastfeeding Confidence: A Self-Efficacy Framework. *J Hum Lact.* 1999;15(3).
24. Murray E, Treweek S, Pope C, Macfarlane A, Ballini L, Dowrick C, et al. Normalisation process theory : a framework for developing , evaluating and implementing complex interventions. *BMC Med.* 2010;8(1):63.
25. Nabulsi M, Hamadeh H, Tamim H, Kabakian T, Charafeddine L, Yehya N, et al. A complex breastfeeding promotion and support intervention in a developing country: study protocol for a randomized clinical trial. *BMC Public Health.* 2014;14:36.
26. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical

27. Research Council guidance. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013;50(5):587–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010>

