

## ACTUALIZACION

### ESTUDIO CIENTÍFICO DEL CONTEXTO CULTURAL DE LA LACTANCIA MATERNA

Dra. Eva Pilar López García

Doctorado en Educación y Pedagogía, Doctorando en Medicina Traslacional, Máster Sanitario en la Práctica Clínica, Máster en Alimentación y Nutrición Perinatal, Experto en Indicación, Uso y Dispensación de Medicamentos, Grado en Enfermería, Diplomada en Enfermería, Enfermera Atención Primaria.

#### Resumen

##### Introducción

La *Organización Mundial de la Salud (OMS)* afirma y transmite a la población, la suma importancia de la leche materna para el recién nacido, así mismo los múltiples beneficios para la madre y la sociedad, siendo al menos mantenida hasta los seis meses del recién nacido, sin embargo, a nivel mundial la mayoría de los niños no alcanza esa edad con alimentación exclusiva de leche materna. En la actualidad es imprescindible, llevar a cabo protocolos encaminados a la identificación de los problemas que impiden llevar a cabo una lactancia con éxito; alrededor de la lactancia existen muchos mitos y nada tienen que ver con la realidad; así mismo confunden o desalientan a las madres a iniciar la lactancia. No siempre estas acciones están respaldadas por investigaciones científicas que conlleven a la publicación de resultados actualizados bajo las últimas evidencias científicas.

##### Objetivo principal

Realizar un estudio bibliométrico sobre los mitos y verdades de la lactancia materna en bases de datos indexadas durante el período 2011-2021.

##### Metodología

Se realizó un estudio bibliométrico en las siguientes bases de datos: Cuiden, Scielo, Pubmed, Cochrane Library, Liliacs y Documed. La muestra quedó conformada por los 194 artículos publicados.

##### Resultados

En el período que se ha llevado el estudio, se han obtenido 194 artículos sobre lactancia materna, mitos y verdades.

La producción de artículos no se realizó de manera homogénea en los diez años que se llevó a cabo el estudio.

La mayor evidencia científica indica que la alimentación durante el embarazo y la estructura

anatómica de la mama, representan los mitos de la lactancia materna.

Palabras clave: lactancia materna, publicaciones periódicas, indicadores de producción científica, mitos, verdades, indicadores bibliométricos, bibliometría.

#### Abstract

##### Introduction

The *WHO* recommends exclusive breastfeeding until the sixth month of life, but globally it is still not achieved in the majority of children. Therefore, it is necessary to design actions aimed at identifying the problems that still gravitate to these results; There are many myths around breastfeeding and they have nothing to do with reality; they also confuse or discourage mothers from initiating breastfeeding. These actions are not always supported by scientific research and the consequent publication of their results in an updated way.

##### Objective

Carry out a bibliometric study on the myths and truths of breastfeeding in indexed databases during the period 2011-2021.

##### Methodology

A bibliometric study was carried out in the following databases: Cuiden, Scielo, Pubmed, Cochrane Library, Liliacs and Documed. The sample was made up of 194 published articles.

##### Results

In the period studied, 194 articles on breastfeeding, myths and truths were published. The production of articles was not carried out in a homogeneous way in the ten years observed.

On the myths of breastfeeding, the greatest scientific evidence indicates that of feeding, followed by breast anatomy.

Keywords: breastfeeding, periodicals, indicators of scientific production, myths, truths, bibliometric indicators, bibliometrics.

## Introducción

### Anatomía y fisiología de la lactancia materna

La glándula mamaria posee una característica fundamental dentro de la especie mamífera, siendo diferencial con la alimentación artificial. En la mujer, esta estructura se encuentra en la mama (1).

Desde el punto de vista anatómico, la estructura de la mama está situada en la parte anterior del tórax, y pueden extenderse hacia su cara lateral. Su forma puede verse modificada de acuerdo a antecedentes personales, genéticos y familiares (3).

La mama está formada por tejido glandular y adiposo. Durante el embarazo y la lactancia, el tamaño de la mama se incrementa debido al crecimiento del tejido glandular, que se produce (2).

El pezón contiene una gran cantidad de fibras musculares lisas, una gran mayoría de tipo circular, las que se contraen al estimularlo de forma mecánica, produciendo la erección del pezón (3). La areola tiene un gran número de glándulas sebáceas, entre ellas es posible reconocer algunas que durante el embarazo y la lactancia determinan levantamientos de la piel de la areola, denominadas glándulas de Montgomery, que producen una secreción grasa que lubrica el pezón y la areola (11).

### Estructura de la glándula mamaria

La glándula mamaria está formada por los siguientes tejidos:

- Glandular.
- Conjuntivo.
- Adiposo. (4).

El tejido celular de la glándula mamaria, tiene numerosos tabiques de tejido conectivo. Estos tabiques forman los ligamentos de Cooper (3).

Antes del periodo de pubertad, la mama tiene unos conductos rudimentarios cubiertos en su interior epitelio plano y envuelto en tejido conectivo (12).

Después de la pubertad, debido a la influencia de las hormonas ováricas, en concreto los estrógenos, los conductos se comienzan a ramificar y en sus extremos se forman los alvéolos (13).

Los alvéolos están presentes durante el embarazo, y en este periodo, los conductos se ramifican y en su parte terminal se forma un

lumen que aumenta de tamaño a medida que se va cargando de secreción láctea (2).

### Fisiología de la lactancia

La prolactina, es una hormona que se produce en la parte anterior de la hipófisis en la base del cerebro, es la hormona más importante para el desarrollo de los alvéolos secretorios y para la secreción de leche por las células alveolares (1). A nivel funcional, la prolactina actúa junto con estrógenos y progesterona.

Los niveles de prolactina son altos durante las últimas semanas de embarazo. Sin embargo, no se segrega leche por la inhibición de los estrógenos y la progesterona. Pasado el parto, y con la expulsión de la placenta, disminuyen los niveles de estrógenos y progesterona, y la prolactina puede desarrollar su actividad lactogénica (5).

El más satisfactorio es la succión por parte del niño, y la respuesta es mayor durante la noche que durante el día.

A mayor frecuencia y a mayor duración del tiempo de succión, mayor será la producción de leche (3).

### Mamogénesis

El estrógeno estimula la proliferación del parénquima y la progesterona en la fase lútea permite el proceso de dilatación de los conductos y diferenciación de las células alveolares (2).

### Lactogénesis

La galactogénesis consiste en un proceso de producción de leche y se diferencian 2 tipos:

- Tipo I:  
En el embarazo, las células alveolares sintetizan lactosa. Este proceso se denomina Lactogénesis I.
- Tipo II:  
Durante este proceso, la progesterona es la encargada de la producción de leche, este proceso se conoce como lactogénesis II (3).

### Galactopoyesis

Es el proceso que mantiene la producción de la leche, inicialmente ya establecida de manera correcta (10).

El efecto lactógeno de la prolactina se mantiene influido por otras hormonas como insulina, hormonas tiroideas, paratiroides y hormonas

de crecimiento, sin necesitar que sus niveles sean mayores que en la mujer no embarazada (2).

### Composición

Para describir correctamente la composición de la leche, se debe de diferenciar diferentes tipos de leche: La leche de pretérmino, calostro, leche de transición y leche madura.

- Leche de pretérmino  
La leche de pretérmino contiene mucha cantidad de proteínas y menos cantidad de lactosa que la leche madura. La lactoferrina y la IgA también son mayores (1).
- Calostro  
El calostro se produce durante los primeros 2 a 4 días postparto. Se trata de un líquido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen (4).  
Las funciones del calostro son:
  - Facilitar la eliminación del meconio
  - Ayudar a la formación del lactobacilo.
  - Los antioxidantes y las quinonas protegen de la enfermedad hemorrágica.
  - Las inmunoglobulinas cubren la mucosa del tracto digestivo.
  - Prevención de infecciones originadas por bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.

El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa (7gr/dl), un disacárido compuesto de glucosa y galactosa.

Es la principal fracción de la leche que proporciona energía.

El 97-98% son triglicéridos.

La leche materna proporciona el 50% de las calorías en forma de grasa.

Las principales vitaminas que contiene la leche humana son:

Vitamina A su concentración en la leche materna es mayor que en la leche de vaca. En el calostro es superior que en la leche madura.

Vitamina K su concentración es mayor en el calostro y en la leche de transición E.

Vitamina E cubre las necesidades del niño, para ello, la madre debe consumir cantidades excesivas de grasas poliinsaturadas sin un aumento paralelo de vitamina E.

- Vitamina D su contenido en la leche humana es bajo (0,15 mg/100 ml).
- Vitaminas hidrosolubles. Las mujeres con alteraciones en el estado de nutrición por

defecto o vegetarianas, poseen mayor riesgo de deficiencia de vitaminas, sobretodo, la vitamina B12 presente en alimentos de origen animal como carnes (1).

La concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna (3).

- Calcio, Fósforo  
La relación calcio-fósforo en la leche humana es el doble de calcio que de fósforo.
- Hierro  
La alta biodisponibilidad del hierro de la leche humana es el resultado de una serie de interacciones que se producen entre los componentes de la leche y el organismo del niño.
- Zinc es esencial para la formación estructural de las enzimas y su funcionamiento y para el crecimiento y la inmunidad celular. Las cantidades de zinc en la leche humana son pequeñas pero suficientes para cubrir las necesidades del niño sin alterar la absorción del hierro y del cobre (4).

La leche materna también se compone de hormonas: Oxitocina, prolactina, esteroides suprarrenales y ováricos, prostaglandina, GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), GRF (factor de liberación de hormona del crecimiento), insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina y neurotensina, que se encuentran en la leche en niveles mayores que los de la sangre materna y la TRA (hormona de liberación de la tirotropina), TSH (hormona tiroideo estimulante), tiroxina, triiodotironina y eritropoyetina, en niveles menores que los del suero materno (6).

### Ventajas

La lactancia materna tiene innumerables ventajas para el niño y para la madre.

Entre ellas, se encuentran las siguientes:

- Nutrición correcta  
La leche materna es el mejor alimento existente por su alto contenido en nutrientes y también por el equilibrio existente entre cada uno de ellos (9).
- Nutrición adecuada para prematuros:  
La leche de pretérmino, es una leche óptima para el niño prematuro.

- **Protección inmunológica**  
El niño que toma lactancia materna, no presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias. El calostro y la leche de transición contienen suficiente inmunoglobulina IgA que protege al niño (3).
- **Fácil digestibilidad**  
La leche humana es una leche de fácil digestión debido a su concentración de grasas, proteínas y lactosa.
- **Organización sensorial**  
El contacto físico madre-niño, es decir, apego durante el amamantamiento permite un desarrollo óptimo de los órganos de los sentidos.
- **Establecimiento del apego:**  
Cuando antes se inicie la lactancia materna, mayor es el apego entre madre e hijo, por ello, se recomienda su inicio en la misma sala de partos (2).
- **Equilibrio emocional de la madre**  
La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral (2).
- **Economía de recursos**  
Costo relacionado a la fórmula artificial, biberones, chupetes...(4).
- **Ventajas ecológicas**  
La leche materna es un recurso natural y renovable, juega un papel importante a nivel ambiental (5).

### **Problemas con la lactancia materna**

Es conveniente decir que la mayoría de los problemas que derivan de la lactancia están íntimamente relacionados con la falta de motivación por la misma.

- **Ingurgitación mamaria**

La ingurgitación mamaria consiste en la inflamación de los senos después del parto, están doloridas, es la subida brusca de la leche.

Tendrá lugar durante dos o tres días. El tratamiento de elección para este fenómeno es amamantar al bebé con más frecuencia, o también sacarse la leche con un extractor (1).

- **Pezón plano o invertido:** Si “el inconveniente” es un pezón plano o invertido, ya desde las últimas semanas del embarazo se puede

intentar estirar el pezón hacia fuera dando pellizcos o con un sacaleches con precaución.

Ya que la estimulación del pezón puede producir contracciones uterinas y ocasionar un parto antes de la fecha prevista. Se debe de realizar un pequeño masaje antes de poner al niño a mamar.

- **Zonas dolorosas:** A las dos horas después de mamar, pueden aparecer distintos bultos duros de diferentes tamaños, localizados cada vez en un lugar como consecuencia de retención de leche por obstrucción de algún conducto, en este caso, se dará un masaje suave en la zona mientras el niño esta mamando o se aplicará una ducha de agua templada para liberarlo (3).

- **Grietas:** Pequeñas heridas en la unión del pezón con la areola. Ante el fenómeno de las grietas, la mejor opción es prevenirlas, su aparición está directamente relacionada con la postura incorrecta del niño al mamar.

### **UNA POSTURA CORRECTA AL MAMAR EVITA GRIETAS EN EL PEZÓN (2).**

Dicho esto, se recordará que cuando el niño esté mamando hay que asegurarse que tiene la boca bien abierta, bien introducido el pezón y parte de la areola, no que sólo chupa el pezón.

Muy importante es dejar que los pezones que sequen al aire, no dejar humedad que pueda desarrollar posteriormente infecciones. La retirada del niño al pecho se debe de hacer introduciendo el dedo meñique entre la boca y su areola, para evitar la entrada de aire y que no haga ventosa. Algunos expertos recomiendan como la mejor forma de proteger al pezón, después de lactar, dejar leche en él y dejar secar a continuación, ya que el 90 % de la composición del final de la leche es grasa.

Aún así existen en el mercado pomadas a base de lanolina que se aplican sobre el pezón después de dar el pecho, dejándolas secar a continuación, además de no ser necesario retirarla cuando el niño vuelve a mamar ya que no supone ningún riesgo en su ingesta.

- **Mastitis**

La mastitis se trata de la infección por gérmenes de la glándula mamaria, consiste en zonas duras y dolorosas que se acompañan de la aparición de fiebre, normalmente por encima

de 39 °C, y otros síntomas similares a la gripe, aparece rubor y calor en la zona.

El tratamiento es sintomático, además de antibiótico, a pesar de ello, se podrá seguir dando de mamar al bebé ya que la cantidad de medicamento que llega al niño no es dañina. Un pilar fundamental en el tratamiento es el vaciamiento eficaz de la leche. Se puede aplicar calor húmedo.

- **Candidiasis**

Es una infección producida por hongos que cursa con un dolor agudo como quemazón e irritación en zona de pezones, se manifiesta con manchas o puntos de color blanquecino en la boca del bebé.

La candidiasis no supone gravedad, y no es razón para dejar de dar el pecho, el tratamiento debe de ir enfocado tanto a madre como hijo con un antifúngico tópico (1).

### **Dieta de la madre durante la lactancia materna**

La alimentación de la madre debe basarse en una dieta completa, se puede comer de todo, una dieta con equilibrio de proteínas, grasas e hidratos de carbono. Con un aporte extra de líquidos y calcio. Las madres que dan de lactar necesitan el consumo de líquidos para mantenerse bien hidratadas, alrededor de dos litros diarios.

No hay alimentos prohibidos pero es aconsejable evitar aquellos alimentos que producen un fuerte sabor y pueda modificar el gusto de la leche como el ajo, cebolla, coles, apio (2).

Las verduras se deben de administrar en la dieta unas tres o cinco porciones, carnes, huevos, pescados, legumbres deben de representar por lo menos tres porciones, importante es el aporte de calcio en forma de leche, yogurt o queso, que junto a la fruta deben de ingerirse hasta alcanzar cuatro porciones. En general, se debe de estimular principalmente el consumo de una buena cantidad de frutas y verduras, pan, cereales, productos lácteos, alimentos ricos en proteínas como carnes, pescados y legumbres. No se debe fumar ni beber alcohol, evitar los tóxicos. Cuatro porciones (5).

En general, se debe de estimular principalmente el consumo de una buena cantidad de frutas y verduras, pan, cereales, productos lácteos,

alimentos ricos en proteínas como carnes, pescados y legumbres.

No se debe fumar ni beber alcohol, evitar los tóxicos. La nicotina si pasa a la leche.

Bajo ningún concepto se deben de tomar drogas.

No se deben de tomar medicamentos por cuenta propia, hay muchos medicamentos que pasan a la leche materna. (4).

### **Contraindicaciones**

Son contraindicaciones absolutas una mujer alcohólica, con adicción a drogas, quimioterapia oncológica.

Una madre infectada por VIH está contraindicada siempre que exista una alternativa de alimentación al bebé, es decir, en países subdesarrollados las madres infectadas por VIH dan el pecho, ya que es la única forma que tienen de alimentar a sus hijos.

Algunas enfermedades como la brucelosis activa materna, la varicela, el herpes simple, supone una contraindicación relativa. Una madre infectada por virus de hepatitis B y C puede lactar con mínimo riesgo siempre que la carga vírica no sea elevada. En casos de patología psiquiátrica de la mujer se debe de valorar individualmente el caso. (4).

### **Lactancia materna y trabajo**

Combinación de dos binomios. Una de las mayores dificultades que se presenta a la madre que da de amamantar a su hijo es la incorporación al trabajo. Esta circunstancia produce estrés y angustia a la madre. Actualmente en España, el permiso por maternidad sea trabajadora por cuenta propia o funcionaria es de 16 semanas ininterrumpidas; el periodo de descanso obligatorio son las seis semanas inmediatamente posteriores al parto que son obligatorias, las otras diez semanas pueden disfrutarlas a tiempo parcial, siendo imprescindible un acuerdo entre el trabajador y el empresario, también se pueden compartir con el padre simultáneamente o alternativamente salvo que la incorporación al trabajo de la madre suponga un riesgo para su salud según el *RD 251/2001. Art.13.3* (12).

Cuando el periodo de descanso por maternidad sea disfrutado simultáneamente o sucesivamente por la madre y el padre, la prestación se determinará en función de su respectiva base reguladora, el pago se realiza

por meses vencidos. Según el *Estatuto de los Trabajadores, artículo 37, apartado 3*, la mujer tendrá derecho a ausentarse del trabajo sin reducción de salario previo aviso y con justificación a la empresa la necesidad de hacerlo durante el tiempo de trabajo, para exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto. A partir de las 16 semanas de maternidad, los funcionarios pueden optar al permiso de lactancia durante 4 semanas seguidas o repartidas en horas a lo largo de su jornada laboral, según el *Estatuto de los Trabajadores, artículo 37, (12)*; hasta los nueve meses de edad, las trabajadoras tendrán derecho a una hora de ausencia del trabajo, que podrán dividir en dos fracciones que no coincidan con el principio y el final de la jornada laboral, o sea, la primera y última media hora de la jornada.

En los casos de nacimiento de hijos prematuros o que estén ingresados a continuación del parto, la madre o el padre tendrán derecho a ausentarse del trabajo una hora, así mismo tendrán derecho a reducir su jornada de trabajo hasta un máximo de dos horas, con la disminución proporcional del salario.

En los supuestos de adopción o acogimiento se distinguen dos supuestos según la edad del hijo: Si es menor de seis años, se suspende el contrato de trabajo por un máximo de 16 semanas ininterrumpidas; en el caso de acogimiento múltiple se amplía en 2 semanas más por cada hijo a partir del segundo.

Si es mayor de seis años y menor de dieciocho años, la suspensión tiene así mismo una duración de 16 semanas cuando se trate de menores discapacitados o minusválidos o que por circunstancias y experiencias personales (13).

En el supuesto de adopción internacional, cuando sea necesario el desplazamiento previo de los padres al país de origen del adoptado, el período de suspensión del contrato podrá iniciarse hasta 4 semanas antes de la resolución por la que se constituye la adopción. También existen excedencias para cuidar a los hijos, (*Estatuto de los Trabajadores, artículo 46, apartado 3*), este derecho comienza desde el nacimiento hasta los tres años de edad.

Durante el primer año la trabajadora tiene derecho a conservar su puesto de trabajo, con readmisión inmediata y computará a efectos de antigüedad y trienios; durante el primer año de

excedencia se tendrá derecho a la reserva del puesto de trabajo, transcurrido el primer año, la reserva sólo será de un puesto de trabajo del mismo grupo profesional o de categoría equivalente; en un niño menor de seis años se puede reducir la jornada entre un tercio y la mitad de su duración con una disminución proporcional de la retribución.

La reducción de jornada contemplada en el *apartado 5, artículo 37 de El Estatuto de los Trabajadores*, dispone que la madre, el padre o quien tenga la guarda legal de un menor de seis años puede reducir al menos un tercio y un máximo de la mitad de su jornada laboral disminuyendo en la misma proporción su sueldo. Los políticos deberían de asumir su responsabilidad ante la promoción de la salud, y deberían de implantar leyes en beneficio a las madres que lactan; los costes económicos en materia de salud, aspecto que suele ser de mucha importancia para ellos, se verían muy reducidos en futuras generaciones (10).

### **Método canguro**

El método canguro fue creado en el año 1978 en Colombia para paliar la insuficiencia de medios técnicos de una maternidad de Bogotá. Se define como un tratamiento que permite reparar la separación inicial del bebé prematuro y su madre, está pues destinado al cuidado del niño prematuro o de bajo peso al nacer, permitiendo cubrir las necesidades del bebé; calor, protección frente a infecciones, estimulación, seguridad...fomenta la salud y el bienestar, reemplazando a la incubadora. Los principios básicos en los que se basa se resumen fundamentalmente en tres:

- Contacto piel con piel.
- Lactancia Materna
- Rapidez en el alta hospitalario

El método canguro plantea numerosos beneficios para el bebé, para los padres, para el personal sanitario incluso para el sistema sanitario, a continuación, se desarrollará cada uno de ellos en profundidad:

Para el bebé:

- Regulación de temperatura.
- Ritmo respiratorio más regular.
- Mejora en el comportamiento del bebé.

- Glucosa en sangre similar que la de los recién nacido separados de su madre.
- Ritmo cardíaco similar a los del recién nacido separados de su madre.
- No incrementa el riesgo de infección.
- Mayor desarrollo neurológico del bebé.

Para los padres:

- Se sentirán más seguros de sí mismos, con mayor confianza y autoestima.
- Se desarrolla mayor capacidad de la madre para dar el pecho.
- Se presentan más contentos y relajados.
- Aumenta el vínculo afectivo madre-hijo.
- Disminuye su estrés y sentimiento de inutilidad.

Para el personal sanitario:

- Disminuye el tiempo de hospitalización, así disminuye la carga de trabajo.
- Fomenta la humanización del personal.

### **Contexto cultural de la lactancia materna**

Contamos con referencias tanto pictóricas como en esculturas, grabados y escritos desde la antigüedad que nos muestran como se entendía la lactancia, era considerada como el mejor modo de alimentación del recién nacido, si bien desde la antigüedad lo que nos muestran es que lo más frecuente era que el amamantamiento no lo realizara la madre sino un ama de cría (4).

Se cuenta con referencias en los textos babilónicos, así como, en la biblia judeocristiana o en el nuevo testamento.

La lactancia mercenaria data desde la antigüedad como indicábamos si bien dependía de las culturas y estratos sociales, dando una gran diversidad de situaciones. En la Grecia clásica las nodrizas eran preferidas a las madres naturales según hace referencia Platón. En el Imperio Romano, dentro del tratado de ginecología y obstetricia "*Gynecia*" de Sorano de Efeso (98-138 a.C), se describían que deberíamos tener en cuenta en la elección de una buena nodriza (1).

Pero es durante el renacimiento donde se extiende este fenómeno de forma muy significativa, fundamentalmente en Francia e Italia. En un principio eran las clases sociales altas las que solicitaban este servicio que en su

mayoría era realizado por mujeres de escasos recursos.

Con los años y los cambios sociales vemos que ya en el siglo XVIII esta práctica es solicitada tanto por la aristocracia, relacionado con la necesidad de la mujer de ser un objeto de belleza y mantener sus relaciones sociales acordes con su estatus; en la burguesía que se acerca a él a finales de siglo XVII como respuesta a una necesidad de identificarse con las clases sociales más elevadas; y en las clases populares relacionado con el inicio de la era industrial y la incorporación de la mujer al mercado laboral.

Una revisión más amplia nos muestra realidades como las de Rusia que a excepción de la nobleza el resto de clases sociales lo más frecuente era que amamantarán a sus propios hijos, al igual que en Norteamérica donde apenas se hacía uso de la lactancia mercenaria (2).

El segundo hecho determinante en el cambio de cultura relacionado con la lactancia y que ya se apuntaba en el texto es la llegada de la Era Industrial en el siglo XIX, y con ella la incorporación de la mujer al mundo laboral.

El cambio en el rol de la mujer de madre y ama de casa a empleada en la industria, es decir, en el mercado laboral, conduce a la dificultad e incluso imposibilidad de estas mujeres de poder alimentar a sus hijos como hasta el momento lo habían realizado, con lactancia materna (7).

Coincidiendo en el tiempo, la industria alimentaria comienza a buscar una respuesta a esta nueva necesidad social, y es con el descubrimiento de Pasteur del proceso de pasteurización de la leche de vaca; cuando realmente da comienzo la cultura de lactancia artificial (6).

Hasta ese momento los diferentes intentos de utilizar leche de animales para alimentar a los recién nacidos habían dado resultados nefastos. Todos los referentes científicos coincidían en describir la superioridad de la leche materna frente a cualquiera de los derivados lácteos bien de origen vacuno como de otros animales.

Pero es a raíz de los descubrimientos de Pasteur (1822- 1895), cuando la misma comunidad científica da un giro en su criterio y comienza a describir los derivados lácteos como la mejor opción de alimentación para el recién nacido, otorgándole incluso el efecto protector frente a la mortalidad infantil (3).

Se siente más cómodos y seguros, la lactancia artificial les permite manejarse en términos compatibles con el método científico, hablamos de un elemento medible y controlable en cuanto a frecuencia y duración, incluimos el tiempo como un factor principal de garantía en una alimentación eficaz del lactante (10).

Desde este momento y coincidiendo con una Maternidad Científica, en la que el parto pasa a ser una situación clínica que es controlada por los profesionales sanitarios, introduciendo modificaciones justificadas con una disminución de los riesgos tanto para la mujer como para el bebé (2).

### **Situación actual en España**

Centrando la mirada en las últimas décadas la situación de la Lactancia Materna entre el final del siglo XX y principios del siglo XXI (4), muestra una realidad coherente con los cambios sufridos desde la era industrial. La duración de la lactancia materna disminuyó drásticamente (1).

En la década de los 90 el descenso de la lactancia materna comienza alcanzando sus cotas más bajas entre los años 40 a 70; y repuntando a partir de aquí con un progresivo aumento que llega a sus máximos en los 80 y se estabiliza a finales de los 90 dejando cifras similares a las que se mantienen en la actualidad (2).

Por increíble que parezca en los años 90 estaban vigentes leyes en algunos estados de EEUU que prohibían amamantar en público a las madres considerándolo exhibicionismo. Sin embargo, también es la misma sociedad la que a través de sus científicos y asesores dan la voz de alarma sobre el desastroso efecto de la sustitución de la leche materna por sucedáneos en países en vías de desarrollo (3).

La *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, recomienda lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, pero a nivel mundial aún no se logra en la mayoría de los niños. Se hace necesario, por tanto, el diseño de acciones encaminadas a la identificación de los problemas que todavía gravitan en estos resultados; alrededor de la lactancia existen muchos mitos y nada tienen que ver con la

realidad; así mismo confunden o desalientan a las madres a iniciar la lactancia. No siempre estas acciones están respaldadas por investigaciones científicas y por la consiguiente publicación de sus resultados de forma actualizada (4).

Comprender la fisiología de la succión da respuesta a las causas de las complicaciones más frecuentes que se presentan durante la lactancia tanto en la madre como en el recién nacido. Los factores que influyen en la alimentación por succión son los mecanismos de retroalimentación neuroendocrina de la madre y la presión negativa y efecto lingual del niño (5).

La situación inicial lo más real y concreta posible, y de esta forma comenzar a detectar los posibles problemas o áreas de mejora; y como consecuencia elaborar un plan que nos lleve a lograr los resultados planteados.

En el caso de la lactancia materna durante la fase de valoración el profesional utilizará todas las herramientas a su alcance: entrevista, datos de historia clínica, observación y si es necesario exploración (6).

En España existen varias organizaciones que pertenecen a la *IBFAN*. La coordinación a nivel nacional corresponde a *ACPAM – Asociación Catalana proLactancia Materna*, con sede en Barcelona. Apoyado por los nuevos estudios que la comunidad científica comienza a realizar desde finales de los 50 en los que muestran la superioridad de la leche materna frente a cualquier sucedáneo, poniendo el foco de interés en un tema totalmente abandonado, la Lactancia Materna.

Todo esto obliga prácticamente a las organizaciones internacionales a comenzar a desarrollar iniciativas que promocionen la lactancia materna. Más concretamente en nuestro país y como se hace referencia en párrafos anteriores la situación no era favorable (7).

La valoración en el caso de la lactancia materna es focalizada dirigiendo todos nuestros sentidos al tema que nos ocupa sin por ello olvidar el abordaje biopsicosocial que acompaña cualquier práctica enfermera (8).

## **Situación actual a nivel Internacional y en Europa.**

Centrando la mirada en las últimas décadas la situación de la Lactancia Materna entre el final del siglo XX y principios del siglo XXI, muestra una realidad coherente con los cambios sufridos se enmarcan dentro de la era industrial. Las tasas de la lactancia materna disminuyeron drásticamente.

En la década de los 90 se produce un descenso de la lactancia materna alcanzando sus cotas más bajas entre los años 40 a 70; y repuntando a partir de aquí con un progresivo aumento que llega a sus máximos en los 80 y se estabiliza a finales de los 90 dejándonos cifras similares a las que se mantienen en la actualidad (2).

Sin embargo, en EEUU, su elección tiene como justificación que será en este país donde surgen los movimientos que darán lugar al cambio en las políticas relacionadas con el apoyo y fomento de la lactancia materna.

Por increíble que parezca en los años 90 estaban vigentes leyes en algunos estados de EEUU que prohibían amamantar en público a las madres considerándolo exhibicionismo. No obstante, también es la misma sociedad la que a través de sus científicos y asesores dan la voz de alarma sobre el desastroso efecto de la sustitución de la leche materna por sucedáneos en países en vías de desarrollo. Una secuencia de hechos nos lleva hasta la situación actual:

- 1939, *Cecily Williams*, pediatra jamaicana con su conferencia "*Milk and murder*" solicitaba la condena de la publicidad engañosa sobre alimentación infantil.
- 1955, se crea el *Grupo Asesor en proteínas (GAP)*, que ayudaría a la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* a ofrecer consejo técnico a *UNICEF* Y *FAO*.
- 1975, varias industrias que comercializan leches artificiales crean la *ICIFI, International Council of Infant Food Industries*.
- 1979 la *OMS/UNICEF* dando respuestas a las demandas de múltiples organizaciones religiosas y del senado de EEUU, plantea un grupo de trabajo que elabore un Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos; como es de esperar esta medida no es bien recibida por la industria. Se crea *IBFAN, International Baby Food Action Network*, en español se conoce como

*Red Mundial de grupos Pro Alimentación Infantil* (3).

## **Los Siete Principios de IBFAN**

- El derecho a alcanzar el mayor nivel de salud a nivel mundial.
- El derecho de las familias a obtener y consumir alimentos nutritivos.
- El derecho de las mujeres a amamantar.
- Derecho a la toma de decisiones informadas sobre la alimentación infantil.
- El derecho de las mujeres a recibir apoyo para lograr una lactancia materna exitosa.
- El derecho de todas las personas de acceder a servicios de salud que llenen sus necesidades básicas.
- El derecho del personal de salud y de los consumidores de acceder a sistemas de salud libres de toda presión comercial.
- Derecho de las personas de lograr cambios que protejan y promuevan la salud básica.
- Contiene más de 90 países y continúa creciendo.
- *IBFAN* sólo condiciona para ser miembro a que:
- No acepten ningún fondo, donaciones o patrocinios de la industria relacionada a alimentos infantiles
- Sea un activo trabajador para la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos.
- Se comunique con la red.
- Apoye los siete principios de *IBFAN*.
- En España varias organizaciones son miembros de *IBFAN*. La coordinación a nivel nacional corresponde a *ACPAM – Asociación Catalana pro Lactancia Materna*, con sede en Barcelona.
- Apoyado por los nuevos estudios que la comunidad científica comienza a realizar desde finales de los 50 en los que muestran la superioridad de la leche materna frente a cualquier sucedáneo, poniendo el foco de interés en un tema totalmente abandonado, la Lactancia Materna.
- Todo esto obliga prácticamente a las organizaciones internacionales a comenzar a desarrollar iniciativas que promuevan la lactancia materna.

- Más concretamente en nuestro país y como se hace referencia en párrafos anteriores la situación no era favorable.
- Las medidas comienzan a adoptarse desde las instituciones hace más de 50 años (4).

### Diez pasos en hospitales

- (1) Tener de una normativa sobre la lactancia materna, regulada a nivel legislativo.
- (2) Formar a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa.
- (3) Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia materna para los bebés, las madres y a nivel social.
- (4) Formación sobre alimentación de la embarazada y problemas con la lactancia materna tras el parto.
- (5) Apoyar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.
- (6) Informar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.
- (7) No ofrecer a los recién nacidos otro alimento que no sea la leche materna.
- (8) Permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día durante su ingreso hospitalario, sobretodo, el contacto precoz cuando el parto se produce a través de una cesárea, donde la madre es derivada a la sala de reanimación y el bebé permanece en neonatos, no pudiendo ser iniciada la lactancia de manera precoz ni tampoco el contacto materno-filial.
- (9) Motivar a las madres en el proceso de la lactancia, la lactancia materna no tiene horarios establecidos, es a demanda del bebé.
- (10) No ofrecer a los niños que toman lactancia materna, otros recursos como biberones, tetinas o chupetes.
- (11) Fomentar la organización de grupos de apoyo a la lactancia natural, estableciendo la existencia y el contacto con la madre.

### Siete pasos en centros de salud

- 1) Tener de una normativa escrita relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
- 2) Capacitar a todo el personal para la promoción de la lactancia materna.
- 3) Motivar a las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y como llevarlo a cabo.

- 4) Ayudar a las madres al inicio de la lactancia.
- 5) Realización de visita domiciliaria de la puérpera en las primeras 24 h del alta para establecer una lactancia materna de forma exitosa.
- 6) Ofrecer apoyo a la madre que amamanta para mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses.
- 7) Mantener el apoyo y el contacto durante todo el desarrollo del bebé, para ayudar con la introducción de alimentación complementaria de forma paulatina, así mismo las revisiones oportunas del niño sano y el calendario de vacunas.
- 8) Establecer una confianza mutua entre la madre, profesional de la salud y toda la familia.
- 9) Fomentar la colaboración entre los profesionales de la salud y la Comunidad a través de la educación grupal (5).

### Mitos y realidades de la lactancia materna

Desde las tradiciones que se han ido transmitiendo entre generaciones, pasando por las características culturales que marcan el desarrollo de la lactancia y su vivencia; hasta las razones basadas en “experiencias personales” o meras “transmisiones verbales de conocimientos” en las que nos hemos apoyado los profesionales sanitarios a la hora de abordar la lactancia materna, olvidándonos de la evidencia científica y lo que es peor en muchas ocasiones del sentido común.

Centraremos este apartado en aquellos mitos más comunes y con mayor repercusión en el mantenimiento de la lactancia materna como son:

- Las mujeres con pecho pequeño no pueden dar el pecho a sus hijos.
- No todas las madres producen leche de buena calidad.
- No todas las mujeres producen leche en cantidad y calidad suficiente para satisfacer al bebé.
- La madre no puede comer algunos alimentos durante la lactancia ni el embarazo.
- La ansiedad materna se transmite al bebé cuando se amamanta.
- La madre debe “comer para dos personas”.
- Alimentos que aumentan la producción de leche.
- La mujer debe evitar aplicarse tintes en el pelo.

- Si la madre se embaraza debe suspender la lactancia.
  - El calostro es leche de mala calidad.
  - La justificación a cada una de estas afirmaciones está basada razones científicas y contrastadas.
  - El tamaño del pecho no influye en la lactancia, no existe ninguna correlación entre el tamaño de la glándula mamaria y su funcionalidad como queda descrito en el apartado de la fisiología de la lactancia.
  - Además, el tamaño del pecho se corresponde más con la cantidad de tejido graso que con el tamaño de la glándula, esto último puede influir en la capacidad de almacenamiento de leche que puede ser compensado con tomas más frecuente.
  - La calidad y cantidad de la leche materna entre las mujeres presenta escasas diferencias, el mecanismo regulador del niño en cuanto a la frecuencia y duración de las tomas compensan esas pequeñas diferencias.
1. La alimentación de la madre no requiere ningún cuidado específico más allá de seguir una dieta variada y equilibrada.
  2. Existen determinados alimentos que pueden modificar el olor o el sabor de la leche materna, pero eso no tiene por que provocar un rechazo en todos los niños, deberemos indicar a la madre que observe si el niño rechaza alguna toma y si lo relaciona con la ingesta por su parte de algún alimento en concreto para evitarlo.
  3. En ningún caso establecer unas restricciones generales en relación a un grupo de alimentos limitando la dieta materna sin ninguna necesidad real (2).
  4. Las características del carácter de la madre no se transmiten a través de la leche materna, si bien una situación muy estresante puede afectar a la producción de leche.
  5. Esto tiene relación con una inhibición del reflejo de eyección lo que dificulta el vaciado.
  6. Debemos aconsejar que amamanten al bebé con mayor frecuencia y generar un clima de tranquilidad y confianza en la madre.
  7. En pocos días se normalizará la producción de leche.
  8. En cuanto a las necesidades calóricas de la madre no existe evidencia sobre la necesidad de aumentar el contenido calórico de su dieta, no necesita comer para dos, esta afirmación sólo le llevará a aumentar de peso sin por ello mejorar la calidad de u leche ni el peso de su bebé.
  9. Uno de los mitos más conocidos es que el consumo de cerveza aumenta la producción de leche.
  10. Está demostrado que la cebada contiene un polisacárido que estimula la liberación de prolactina, pero no sería necesario ingerirlo a través de la cerveza concretamente.
  11. Lo que es cierto es que este polisacárido se encuentra tanto en la cerveza con alcohol como sin alcohol. Si bien no es muy responsable indicar el consumo de esta bebida como método para aumentar la producción de leche materna.
  12. Los tintes del pelo, así como los productos para la depilación contienen componentes químicos, eso es evidente, ahora bien, ninguno de estos componentes se transmite a través de la leche materna.
  13. Aunque podamos considerar que estos compuestos son tóxicos la razón nos muestra que no hay mujeres intoxicadas por tintes de pelo ni cremas depilatorias utilizadas correctamente.
  14. En cuanto a las cremas depilatorias tener en cuenta su efecto abrasivo, aconsejaremos que la madre se asegure de retirarlas por completo antes de exponerse al contacto con la piel del bebé.
  15. El embarazo no es una limitación ni un motivo para suspender la lactancia, siempre que la madre desee continuar con la misma. A este tipo de lactancia se le denomina Lactancia en Tándem.
  16. El nuevo embarazo afecta de forma transitoria al volumen y sabor de la leche (5).
  17. El calostro debido a su color y volumen suele conducir a realizar juicios erróneos en relación con la calidad nutricional del mismo.
  18. Su alto contenido proteico y más concretamente en inmunoglobulinas hacen de esta primera leche sea el alimento ideal para el recién nacido.
  19. Seguro que cada uno de nosotros conoce más y variados mitos en relación con la lactancia, el objetivo de este apartado es incidir en la necesidad de basar nuestras justificaciones en evidencia científica, sin menospreciar la herencia cultural que en

muchas ocasiones ha sido validada por los propios estudios científicos (1).

### ***El papel de los profesionales sanitarios ante la promoción de la lactancia materna***

El papel de los profesionales sanitarios en relación a la promoción de la lactancia materna, así como a favorecer que su instauración sea exitosa, es indiscutible en cualquiera de los ámbitos laborales. Sin embargo más concretamente en atención primaria supone un pilar fundamental ya que es el punto de inicio y de final del proceso de cuidados de la lactancia.

Si a esto unimos que la relación entre los usuarios con los profesionales de atención primaria es más estrecha y sostenida en el tiempo convertimos nos encontramos con la situación sanitaria ideal para realizar una intervención de lactancia materna (9).

Todos los profesionales del equipo de atención primaria tienen un papel relevante en cuanto a la lactancia materna, pero vamos a destacar y desarrollar el papel de la enfermera y de la matrona (10).

La promoción de la lactancia lleva implícita la motivación o la reeducación de las madres que de otra manera podrían no estar inclinadas a amamantar a sus bebés, cuya captación es fundamental en el embarazo con refuerzo en el postparto y seguimiento en consulta (7).

El enfoque comprende tanto educación a nivel individual como grupal, y campañas de educación tanto a nivel individual como grupal para fomentar el conocimiento de las ventajas de la lactancia materna frente a la alimentación artificial (8).

El papel del profesional sanitario es esencial para la promoción de la lactancia materna, aclaración de mitos y verdades sobre la misma; para ello, desarrollará un programa previamente planificado donde intervendrá una fase de valoración utilizando herramientas útiles como la entrevista, datos de historia clínica, observación y si es necesario exploración.

La valoración en el caso de la lactancia materna es focalizada dirigiendo todos nuestros sentidos al tema que nos ocupa sin por ello olvidar el abordaje biopsicosocial que acompaña cualquier práctica enfermera (4).

Para comenzar a describir la entrevista que nos permita la elaboración de la Historia de

Lactancia materna, es conveniente recordar algunas de las técnicas de comunicación que como profesionales debemos utilizar si queremos realizar una intervención adecuada que garantice los resultados esperados.

Estas herramientas de comunicación:

- Integrar la información obtenida tanto de la comunicación verbal como no verbal.
- Utilizar preguntas abiertas, aunque dirigidas.
- Mantener una retroalimentación a través de nuestros comentarios y gestos con el entrevistado.
- Hacer uso de la empatía.
- Seleccionar muy bien los términos a utilizar, evitando comentarios enjuiciadores (2).

El desarrollo de la entrevista podrá realizarse en diferentes ámbitos asistenciales, bien durante el ingreso hospitalario, en la consulta del ginecólogo previo al parto, en la consulta de la enfermera y/o matrona en su centro de salud, etc.

El elemento común para lograr una buena historia de lactancia será la disponibilidad de tiempo; parece utópico, pero es real el dicho de "la lactancia no entiende de horarios", para todo (4).

Sin caer en el extremo evidentemente es necesario acotar la duración de la entrevista, pero se programará un tiempo estimado por el profesional en el cual debe evitar interrupciones y mostrar prisa por finalizar.

Tanto el tema que se aborda como la envoltura emocional de la situación hacen conveniente sino necesario permitir que la madre perciba un ambiente relajado, sereno, en el que el centro es ella y lo que siente y precisa contar (5).

Basándonos en la Ficha de Historia Clínica de Lactancia del curso de lactancia que desarrolla la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* los datos a obtener:

- Alimentación actual del bebé.
- Tomas: frecuencia, duración, intervalos.
- Otros alimentos o bebidas.
- Uso chupete.
- Salud.
- Comportamiento social y emocional del bebé.
- Peso al nacer.
- Peso actual.

- Prematuridad.
- Gemelar.
- Frecuencia micción.
- Deposiciones.
- Características.
- Conducta al mamar.
- Conducta al dormir.
- Enfermedades.
- Anormalidades.
- Embarazo.
- Parto.
- Primeras tomas.
- Control prenatal.
- Parto.
- Contacto temprano piel con piel.
- Alojamiento conjunto.
- Hora de primera toma.
- Tomó el bebé algo antes que el pecho: especificar qué y forma administración.
- Recibió ayuda para iniciar la lactancia.
- Tiene apoyo familiar en relación a la lactancia o le resulta una dificultad la opinión familiar.
- Planificación familiar.
- Edad materna.
- Motivación para lactar.
- Hábito tóxico.
- Condición del pecho.
- Subida de la leche.
- Problemas de salud anteriores o durante el embarazo relacionados con el pecho.
- Situación actual del pecho: dolor, ingurgitación, etc.
- Alimentación de los hijos anteriores.
- Número de hijos (4).
- Antecedentes de lactancia materna.
- Experiencia.
- Si alimento con lactancia artificial determinar los motivos.
- Situación familiar y social.
- Situación económica, laboral y nivel cultural.
- Actitud paterna frente a lactancia.
- Recibe apoyo del padre en la lactancia y cuidado del bebé.
- Actitud de otros familiares frente a lactancia (2).

Hay premisas fundamentales sobre las que se basa la lactancia materna y que es imprescindible tener en consideración durante la observación de una toma:

- Lactancia Materna a demanda  
La lactancia materna no tiene horarios ni para la frecuencia entre tomas ni para la duración de las mismas. Las necesidades del bebé determinarán cuándo y cuánto tiempo precisa mamar.
- Durante la observación de la toma valoraremos:  
Cada cuánto amamanta al bebé, si espera a que él lo demande o le ofrece.
- Si se retira al bebé del pecho pasado determinado tiempo o espera a que sea él mismo quien decida el final de la toma soltando el pecho de forma espontánea.
- Posturas para amamantar: cualquier posición es válida siempre que garantice la comodidad del tándem madre-hijo, y una correcta técnica.
- Por ello la elección de la postura será a criterio de la madre y aconsejaremos variar las posiciones para favorecer un correcto vaciado de la mama y evitar la reiterada compresión del bebé sobre la misma zona del pecho de la madre (3).

Deberemos elegir en la medida de lo posible el momento, teniendo en cuenta por ejemplo no interrumpir el descanso de la madre/bebé.

- Es importante conocer el nombre tanto de la madre como del recién nacido ya que esto ayuda en el acercamiento, favoreciendo un clima de confianza.
- Se debe observar la situación de forma general y tener en cuenta quien acompaña a la madre durante la entrevista, así como su actitud en relación a la lactancia materna.
- Debemos presentarnos e informar sobre el motivo de nuestra intervención y sus objetivos, obteniendo permiso de la madre para realizarla.
- Es conveniente hacer preguntas sobre el embarazo y el parto ya que permiten a la mujer expresar sus emociones y su actitud ante estas vivencias, aportándonos información de interés.
- Permitir que expresen sus dudas no sólo en relación a la lactancia (6).

Sin embargo, más concretamente en atención primaria supone un pilar fundamental ya que es

el punto de inicio y de final del proceso de cuidados de la lactancia.

Si a esto unimos que la relación entre los usuarios con los profesionales de atención primaria es más estrecha y sostenida en el tiempo convertimos nos encontramos con la situación sanitaria ideal para realizar una intervención de lactancia materna.

Todos los profesionales del equipo de atención primaria tienen un papel relevante en cuanto a la lactancia materna, pero vamos a destacar y desarrollar el papel de la enfermera y de la matrona.

En el caso de la matrona es el profesional por excelencia para el abordaje desde el inicio, ya que, contacta con la mujer desde el principio del embarazo, y tanto en las consultas de seguimiento como en las clases de educación maternal ofrecerá a esta futura madre información y formación sobre lactancia materna, guiando y apoyando la decisión sobre el tipo de alimentación para su futuro hijo (5).

El profesional de enfermería de atención primaria entra en escena cuando ya se produce el nacimiento. Si bien durante los primeros meses comparten el seguimiento tanto de la madre como del recién nacido la matrona y el pediatra (4).

El papel de la enfermería se centrará en la valoración, seguimiento y educación teniendo como objetivo principal facilitar las herramientas necesarias a la madre y el apoyo emocional que precise para instaurar, mantener y disfrutar de la lactancia materna.

Para ello hará uso de las siguientes competencias:

- Utilizará habilidades de comunicación que le permitan desarrollar una entrevista clínica.
- Será capaz de realizar la observación de una toma de lactancia materna detectando los signos positivos y de alerta.
- Utilizará la educación para la salud como base de todas sus intervenciones (2).

Podríamos desarrollar un listado de actividades específicas que las enfermeras realizan en los centros de salud en relación a la lactancia, pero debemos entender que la variabilidad no sólo entre comunidades sino incluso entre centros de una misma área de salud en cuanto a la carta

de servicios que ofrece la enfermería nos dejaría una lista interminable de situaciones particulares.

Pero si es posible agrupar por áreas de intervención todas estas actividades:

- Actividades de promoción: información en la consulta prenatal, charlas informativas sobre lactancia materna dirigidas a mujeres en general no sólo embarazadas.
- Actividades de seguimiento y apoyo: desarrollo de historia de la lactancia, observación de una toma, consultas de seguimiento programadas en los periodos de más riesgo como la primera semana de vida, consultas a demanda de la madre para resolución de dudas, seguimiento del bebé a lo largo de todo su desarrollo.
- Actividades de educación grupal: los grupos de lactancia son un pilar fundamental en el mantenimiento de la lactancia materna generando sistemas de apoyo imprescindibles en el momento actual, también los grupos de educación dirigidos a los cuidados del recién nacido en general (1).

La relación enfermera- profesional sanitario – paciente puede ser analizada desde diferentes puntos de vista, pero, sin duda, la dimensión humanista es la que aporta los elementos fundamentales para poder comprender y ejercitar con excelencia la profesión enfermera (13).

El papel de la enfermera y el profesional sanitario, en la relación con el paciente trasciende los cuidados de la enfermedad, la educación sanitaria y la educación para la salud. La práctica de su profesión ofrece a la enfermera numerosas ocasiones para conocer y ayudar al enfermo desde una perspectiva global, como ser humano (12).

La enfermera es el profesional sanitario que interacciona durante más tiempo con el paciente, por lo que se encuentra en una situación privilegiada para ejercer su profesión con excelencia.

En los hospitales 24 horas los 365 días del año y en atención primaria con la enfermera comunitaria que sin duda debe ser la líder de los cuidados que precise el paciente y familia en el ámbito domiciliario y comunitario (2). Por ello, además de su capacitación académica

y profesional, es necesario que los enfermeros *conozcan estrategias y ejerciten habilidades sociales y de comunicación* para establecer una relación de ayuda adecuada con los pacientes, centrada en la persona como objeto de la intervención (3).

En esta unidad didáctica se repasará la base teórica sobre la que se fundamenta la relación terapéutica en enfermería, se analizará cómo proceso, y se indicarán algunas de las principales habilidades con las que debería contar el profesional enfermero para manejarla adecuadamente (4).

La relación enfermera-profesional sanitario-paciente como relación terapéutica

En cualquier encuentro entre dos seres humanos los aspectos relacionales y de comunicación aparecen inevitablemente unidos (4).

Este hecho tiene especial relevancia cuando la relación se establece entre el cuidador y el cuidado, ya que ni uno ni otro han elegido la oportunidad para mantener dicha relación (5).

Hemos de tener en cuenta que la enfermera es el profesional sanitario que más contacto tiene con el enfermo, ya que tiene innumerables ocasiones para observarle y para hablar con él, y, en consecuencia, es la persona que puede conocer y detectar más fácilmente sus necesidades (7).

El enfermo suele entrar en contacto con la enfermera y el resto de los profesionales sanitarios, en situación de vulnerabilidad, cuando tiene un problema de salud, pero los problemas humanos, incluidos los de salud, no son nunca exclusivamente biológicos, psicológicos, sociales, éticos, etc...., sino que forman un todo multifactorial e indisoluble (11).

Si tenemos en cuenta que es terapéutico todo aquello que promueve o induce cambios en el individuo que mejoran su salud o calidad de vida, la relación enfermera-paciente es una "relación terapéutica". En el manejo del paciente crónico juega un papel clave ya que no solo se ciñe al ámbito de la enfermedad, incorporando además la educación sanitaria y la educación para la salud, dentro del abordaje de actividades de prevención y promoción (8).

Cada una de las interacciones que la enfermera establece con el paciente es terapéutica en sí misma, por lo que su rol profesional se convierte en un "rol terapéutico", a través del cual ayuda al enfermo a resolver sus dificultades (6).

La relación a nivel terapéutica entre el profesional sanitario y el paciente es el resultado de una actitud profesional y personal del sanitario basada en la aceptación del otro como persona, es decir, empática, orientada a satisfacer las necesidades (19).

Una profesión basada en la relación de ayuda, entendida ésta como acompañamiento a la persona enferma durante una experiencia de recuperación de la salud (12).

El concepto de relación de ayuda ha sido definido especialmente por la psicología humanista, que la explica desde un punto de vista facilitador fundamental del crecimiento personal e instrumento que permite descubrir al individuo recursos e instrumentos para desarrollar habilidades efectivas (11).

*Rogers* (1976) desde su "enfoque centrado en la persona", considera que todo ser humano tiene la capacidad de crecer como persona.

*Los individuos tienen dentro de sí vastos recursos de autocomprensión y para la alteración de conceptos propios, actitudes básicas y conductas autodirigidas.*

Estos recursos son susceptibles de ser alcanzados si se logra crear un clima definible de actitudes psicológicas facilitativas

El enfoque de *Rogers* ha sido un pilar fundamental de la psicología humanista y ha llegado a convertirse en una filosofía de las relaciones humanas. Hace importantes aportaciones en cuanto a los aspectos comunicacionales interpersonales entre seres humanos durante la relación de ayuda.

Señala tres actitudes básicas ("*Tríada actitudinal*") como pilares fundamentales de la comunicación interpersonal, que aplicadas a la profesión enfermera podrían definirse de la siguiente forma:

Congruencia/Autenticidad:

Consiste en comunicarse con autenticidad, congruencia y transparencia.

Lo que se trasmite verbal y no verbalmente debe ser coincidente para que el paciente se sienta comprendido.

Mostrarse sincero y genuino. Ser sincero con el paciente es ser coherente en el proceso comunicativo con el enfermo, mantener la

congruencia entre lo que se comunica, lo que se siente y lo que se percibe.

Se trata de transmitir equilibrio y no recurrir a discursos o teorías racionales sobre la situación existencial concreta del enfermo (11).

## Objetivo general

El objetivo general es realizar un estudio bibliométrico sobre los mitos y verdades de la lactancia materna en bases de datos indexadas durante el período 2011-2021.

## Objetivos específicos

- Conocer el nivel de conocimientos de la población en materia de lactancia materna.
- Identificar el resultado de las últimas investigaciones sobre las verdades en el proceso de amamantamiento.
- Analizar los mitos y verdades sobre la lactancia materna.
- Conocer el grado de correlación entre las verdades y efectividad de la lactancia materna.
- Identificar los mitos falsos sobre la lactancia materna.

## Metodología

### *Justificación de la investigación*

El estudio versa sobre el análisis minucioso de mitos y verdades en el proceso de amamantamiento.

La leche humana es el alimento ideal en los primeros 6 meses de vida para todos los niños, incluidos prematuros, gemelos y niños enfermos.

Así pues, se recomienda lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, introducción de alimentos apropiados a la edad del bebe a partir de este momento manteniendo la lactancia materna hasta los dos años o más, si madre e hijo así lo desean (3).

El niño alimentado con leche materna es el modelo de referencia que hay que elegir para evaluar el crecimiento, desarrollo y estado de salud óptimo de los niños.

La leche humana tiene múltiples beneficios en la salud del niño, en su crecimiento e inmunidad, pero también influye en los aspectos sociales, psicológicos, económicos y medioambientales (2).

La lactancia materna constituye la alimentación ideal para los bebés. Sus beneficios para la salud de madres y bebés están científicamente demostrados bajo las últimas evidencias científicas.

Además, el aumento de la prevalencia y duración de la lactancia materna proporciona beneficios a nivel social (1).

En la actualidad existen tasas elevadas de madres que no dan de amamantar a sus hijos o lo hacen en breve periodo de tiempo, sobretodo, se registran en países desarrollados como Europa o América del Norte con una tasa del 60% de la población (4), debido a motivos laborales, la necesidad de la mujer de incorporarse al trabajo y las dificultades que tienen para conciliar la vida familiar y laboral; siendo los países de América Latina donde las tasas de madres que amamantan a sus hijos se elevan al 85% de la población(3); para ello se hace fundamental realizar una buena educación sanitaria en el fomento de la lactancia materna, es verdad, que en algunas ocasiones, llevar a cabo intervenciones de educación a nivel individual y grupal sobre la lactancia materna en países subdesarrollados o en vías de desarrollo, y a menudo hay que tener en cuenta factores contextuales que pueden influir tanto en el inicio como en la duración de la lactancia materna (5).

### *Pregunta de investigación*

La pregunta de investigación que se plantea en el estudio es conocer los mitos y las verdades sobre la lactancia materna bajo la evidencia científica y cómo influyen ambos aspectos en el contexto del fomento de la lactancia materna, además de las tasas de mujeres que amamantan a sus hijos; previamente contextualizado en los resultados obtenidos al realizar una revisión sistemática del estado actual de la producción científica enfermera.

### *Hipótesis*

El conocimiento actual sobre las verdades y mitos de la lactancia materna por parte de los profesionales sanitarios y población en general aumenta las tasas de lactancia materna, se alcanza mayor grado de éxito en cambios de hábitos de salud en la población diana (promoción de lactancia materna).

## **Muestra**

La muestra quedó conformada por los 194 artículos publicados sobre este tema. Se utilizó el método bibliométrico y la revisión bibliográfica de los documentos.

## **Estrategia de búsqueda**

Se realizó un estudio bibliométrico en las siguientes bases de datos: Cuiden, Scielo, Pubmed, Cochrane Library, Liliacs y Documed.

Se utilizó como método fundamental el bibliométrico y la revisión documental, con el análisis estadístico de la producción científica sobre lactancia materna, lo que permitió caracterizar los mitos y verdades de la lactancia materna bajo la perspectiva científica.

Se desarrolló en las siguientes etapas:

- Fuentes de información para la obtención de los datos: se accedió a las siguientes bases de datos: Cuiden, Scielo, Pubmed, Cochrane Library, Liliacs y Documed.

La muestra quedó conformada por los 194 artículos publicados sobre este tema. Se accedió a las bases de datos de revistas a través de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS).

- Búsqueda en base de datos

Para la realización de la estrategia de búsqueda en esta base de datos, han sido empleadas las siguientes palabras clave, agrupadas en dos secciones, en función de la temática:

Relativas a publicaciones: publicaciones periódicas, indicadores de producción científica, indicadores bibliométricos, bibliometría.

Relativas a lactancia materna: lactancia materna, mitos, verdades.

## **Palabras clave:**

(Publicaciones periódicas OR indicadores de producción científica OR indicadores bibliométricos OR bibliometría) AND (lactancia materna OR mitos OR verdades).

- Búsqueda y análisis de la información: se realizó una revisión documental por revistas, volúmenes, números y artículos acotados en los últimos diez años (2011-2021). Se procesaron

un total de 194 artículos y 857 referencias bibliográficas.

- Creación de la base de datos, procesamiento y representación de la información: la información recogida se introdujo en una base de datos creada en Microsoft Excel para su procesamiento estadístico.

Los resultados se expresaron en números absolutos y porcentajes utilizando las frecuencias relativas y absolutas.

-Definición de indicadores y variables

Al clasificar el tipo de estudio se tuvo en cuenta la clasificación declarada por los autores en la metodología del artículo, así como las características de los métodos y técnicas empleados.

Este tipo de estudio se sustentó en una profunda revisión de la bibliografía y en los criterios de expertos.

Al analizar las características de los autores en los indicadores categoría profesional, docente y científica, varias de las publicaciones estudiadas solo reflejaron la filiación de sus autores y, por tanto, no se definieron las variables señaladas en estos indicadores.

Se determinaron y se promediaron las referencias bibliográficas por cada artículo y por cada año de estudio (2011-2021). Para evaluar el grado de actualidad de la bibliografía citada se utilizó como indicador el índice de *Price*, calculado como la proporción de referencias con antigüedad menor de cinco años (según la fecha en que se realizó la investigación) y el total de citas del artículo.

## **Resultados**

### **Tipo de documentos**

De los 194 resultados obtenidos y utilizados para la investigación según el tipo de documentos estudiados se obtienen: Artículo original 55 doc. (28,35%), revisión de artículo 54 doc. (27,83%), comunicaciones 31 doc. (15,97%), protocolos y pautas de actuación 30 doc. (15,46%), caso clínico 10 doc. (5,15%), informe de investigación 3 doc. (1,54%), póster 3 doc. (1,54%), histórico artículos 3 doc. (1,54%), libro divulgativo 2 doc. (1,03%), cartas al director 2 doc. (1,03%) y reflexión de artículo

1 doc. (1,03%), los cuales están reflejados en la Figura 1 (Ver anexo).

### **Países de publicación**

La distribución por países en la publicación de documentos analizados es: Cuba (76 doc. (39,17%), Colombia (40 doc. (20,61%), México (40 doc. (20,61%), Costa Rica (20 doc. (10,30%), España (9 doc 4,63%), Puerto Rico (6 doc. (3,09%) y EEUU (3 doc. (1,54%). Figura 2 (Ver anexo).

### **Categorización de autores**

Atendiendo a la caracterización profesional de los autores (n=390), los resultados obtenidos son: 199 (médico AP), 51.02%; médico residente 32 (8,20%); médico de otra especialidad (100, 25,64%), enfermera AP, 35 (8.97%), enfermera otra especialidad 19 (4.87%), enfermera residente 2 (0.51 %) y otras categorías, 3 (0.76%); como se ilustra en la tabla 1 (Ver anexo).

Según la distribución de la cantidad de autores por artículos (n=194), se obtienen: 5 artículos de un autor (2.57%), dos autores, 18 (9.27%), tres artículos, 30 (15.46%), cuatro artículos 108 (55.67%), cinco artículos, 17 (8.76%) y seis artículos, 16 (8.20%). Se muestra en la tabla 2 (Ver anexo).

### **Categorización de referencias bibliográficas**

En la tabla 3 (Ver anexo), se indican la caracterización de las referencias bibliográficas según el año de publicación (n=194), 2011, 7 artículos, 2012, 9; 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018, 9, 11, 6, 8, 9,14 y 20 respectivamente; en el año 2019 se obtienen 35 artículos, en el año 2020, 37 artículos y en el año 2021, 38 artículos.

### **Mitos de la lactancia materna**

Sobre los mitos de la lactancia materna, la alimentación de la embarazada (comer el doble para producir más leche), se refieren 108 artículos (15,46%), 30 artículos sobre pechos pequeños (15,46%), 18 sobre pezón invertido (9,27%), 15 sobre cirugía en el pecho (7,73%), 14 sobre la toma de medicamentos (7,21%) y 9 artículos sobre la incompatibilidad con el trabajo (4,63%); se muestra en la Figura 3 (Ver anexo).

### **Verdades de la lactancia materna**

Figura 4 (Ver anexo) Verdades sobre lactancia materna, 98 artículos sobre alimentación de la embarazada (alimentos a ingerir para producir más leche), representado un 50,51% de la muestra; 80 artículos sobre el contexto familiar de cultura de lactancia materna (41,23%), 12 sobre la postura correcta del recién nacido (6,18%) y 4 sobre preparación de los pezones durante el embarazo (2,06%).

### **Unidades de publicación**

Figura 5 Unidades de publicación de artículos sobre la lactancia materna (Ver anexo), se muestra que las unidades mayoritarias donde los profesionales de enfermería realizan publicaciones sobre la lactancia materna es en la Atención Especializada, considerando un 61,85% del total de los documentos, con 120 documentos encontrados, mientras que un 36,08% lo hacen en Atención Primaria, con una representación de 70 documentos; se han encontrado otros 4 documentos con una representación de 2,06% clasificados como Sin especificar.

En el análisis de estos resultados es imprescindible resaltar la importancia de promocionarla desde todos los ámbitos asistenciales favorece mejores resultados en salud y constituye un marco para fomentar un apego saludable y con ello contribuir a la promoción del buen trato a la infancia y entre iguales.

Aunque debemos promocionar y animar a las mujeres a dar el pecho, en última instancia se debe respetar el derecho de las mujeres a decidir lactar o no hacerlo.

El apoyo madre a madre es particularmente eficaz para aumentar las cifras de mujeres que amamantan a sus hijos al inicio y contribuye al éxito de la LM temprana, las expectativas realistas sobre el proceso de amamantamiento ayudan a evitar el destete temprano, también es importante incidir sobre el apoyo de la pareja.

### **Conclusiones**

Después de la lectura de los artículos encontrados y utilizados para este trabajo podemos afirmar que:

En el período estudiado se publicaron 194 artículos sobre lactancia materna, mitos y verdades.

La producción de artículos no se realizó de manera homogénea entre los diez años

observados; el mayor número de artículos se ha publicado en los últimos años 2018 a 2021. Siendo decreciente en los años anteriores.

Respecto al área sanitaria donde se realiza investigación sobre la lactancia materna es más elevado en atención especializada frente a atención primaria, siendo los médicos especialistas en *Atención Primaria (AP)*, los que más publicaciones realiza, y el profesional de enfermería las que menos.

Sobre los mitos de la madre en la lactancia materna, un porcentaje elevado de la evidencia científica indica que el mito sobre comer el doble es lo más frecuente, seguido de la anatomía de la mama, las madres que tienen los pechos pequeños o que tienen los pezones planos o invertidos, no podrán amamantar o producirán menos leche; siendo este mito falso.

Otro de los mitos es si la madre se realizó cirugía en los pechos (colocación de prótesis o cirugía reductiva), no puede amamantar; al igual que la madre no puede continuar amamantado, si se debe reincorporarse al trabajo. Además se añade la incompatibilidad de la lactancia con la toma de medicamentos y si la madre queda embarazada debe suspender la lactancia.

Respecto a las verdades sobre la lactancia materna, un porcentaje elevadísimo desde un enfoque de evidencia científica, indica que la madre debe de ingerir ciertos alimentos para durante el embarazo para aumentar la producción de leche; a ello se suma el conocimiento de la posición adecuada del recién nacido y la preparación de los pezones durante el embarazo.

Y como última conclusión señalar la importancia de la publicación científica por parte del profesional de enfermería en el ámbito de la atención primaria para la promoción de hábitos saludables, en este caso, la lactancia materna.

## Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2018 Feb;115(2):496-506 Disponible en:

<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;115/2/496>

2. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para la lactancia materna. Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones\\_lm\\_26-1-2021.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_26-1-2021.pdf)

3. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, Conferencia Internacional de Nutrición, Roma; diciembre de 2018.

4. Nanda International (North American Nursing Diagnosis Association) Nanda diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2020-2021. Elsevier. 11ª ed. Octubre 2021.

5. Asociación Española de Pediatría: Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2018

6. Pous, M.P. – Serrano, D. Enfermería en prescripción. Uso y manejo de fármacos y productos sanitarios. Ediciones Santos. 1ª ed. febrero 2015.

7. Williams, M. – Anderson, D. – Rawson, E. nutrición para la salud, la condición física y el deporte. Editorial Paidotribo. 2ª ed. Enero 2015.

8. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2015 Feb;115(2):496-506 Disponible en:

<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;115/2/496>

9. Pous, M.P. – Serrano, D. Enfermería en prescripción. Uso y manejo de fármacos y productos sanitarios. Ediciones Santos. 1ª ed. febrero 2015.

10. Martínez J. Conceptos en Farmacocinética clínica. En: Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Herrera J. Elsevier España; 2019. p.143-74.

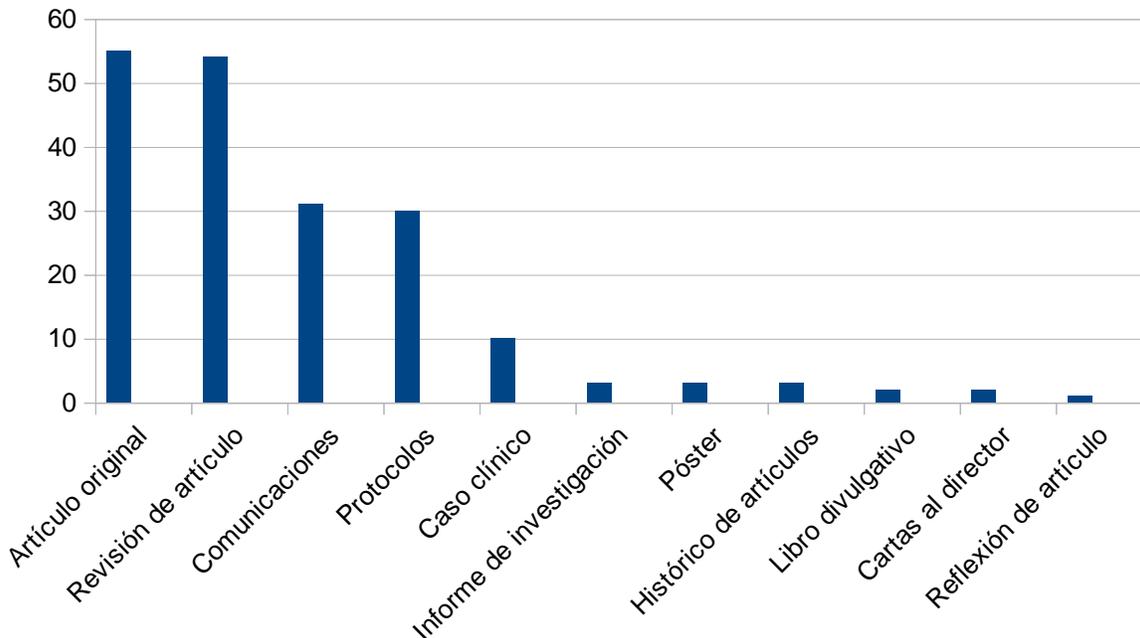
11. González, Dr. Carlos: Manual práctico de lactancia materna. Barcelona: ACPAM. 5ª edición. 2018

12. Ross, A. Nutrición en la salud y la enfermedad. Wolters Kluwer. 11ª ed. junio 2019.

13. Wrigth A. Incremento de la lactancia materna en Estados Unidos. *Pediatr Clin North Am (ed esp)*. 2021; 1: 1-12.

ANEXOS

Figura 1. Tipo de documentos estudiados (n=194)



Leyenda:

- 1: Artículo original: 55 doc. (28,35%)
- 2: Revisión de artículo: 54 doc. (27,83%)
- 3: Comunicaciones: 31 doc. (15,97%)
- 4: Protocolos y pautas de actuación: 30 doc. (15,46%)
- 5: Caso clínico: 10 doc. (5,15%)
- 6: Informe de investigación: 3 doc. (1,54%)
- 7: Póster: 3 doc. (1,54%)
- 8: Histórico artículos: 3 doc. (1,54%)
- 9: Libro divulgativo: 2 doc. (1,03%)
- 10: Cartas al director: 2 doc. (1,03%)
- 11: Reflexión de artículo: 1 doc. (1,03%)

Tabla 1: Caracterización profesional de los autores (n=390)

Categoría	Número de autores (n=390)	%
Médico AP	199	51.02
Médico Residente	32	8.20
Médico otra especialidad	100	25.64
Enfermera AP	35	8.97
Enfermera otra especialidad	19	4.87
Enfermera residente	2	0.51
Otras categorías	3	0.76

## Revista Pediatría Electrónica

Universidad de Chile  
Facultad de Medicina  
Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil

Servicio Salud Metropolitano Norte  
Hospital Clínico de Niños  
Roberto Del Río

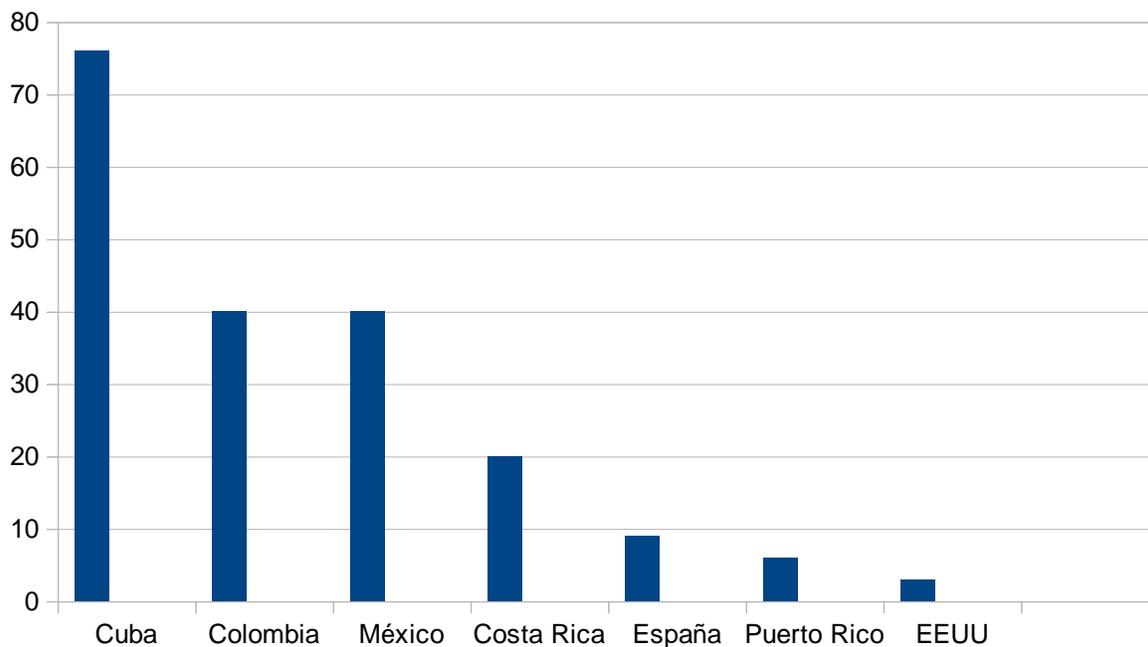
Tabla 2. Distribución de la cantidad de autores por artículos (n=194)

Cantidad de autores por artículos	Número de artículos	%
Un autor	5	2.57
Dos autores	18	9.27
Tres autores	30	15.46
Cuatro autores	108	55.67
Cinco autores	17	8.76
Seis autores	16	8.20
Total	194	100

Tabla 3. Caracterización de las referencias bibliográficas según el año de publicación (n=194)

Año	Número de artículos publicados	Total, de referencias	Promedio de referencias por artículos	Referencias de menos de 5 años	Índice de Price
2011	7	124	17,71	59	0,47
2012	9	280	20,5	130	0,51
2013	11	210	21,6	123	0,43
2014	6	134	23,6	128	0,56
2015	8	112	22,45	134	0,42
2016	9	134	24,56	145	0,52
2017	14	123	32,45	143	0,53
2018	20	126	23,76	123	0,47
2019	35	156	22,67	167	0,54
2020	37	143	21,78	154	0,51
2021	38	156	34,78	145	0,47

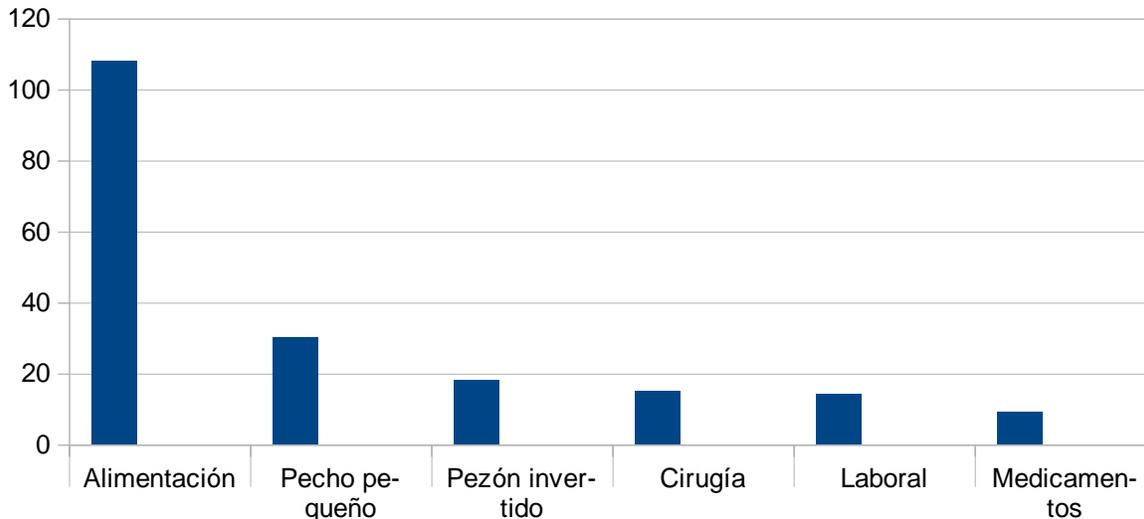
Figura 2. Distribución de los documentos por países de publicación (n=194)



Leyenda

- 1: Cuba (76 doc. (39,17%))
- 2: Colombia (40 doc. (20,61%))
- 3: México (40 doc. (20,61%))
- 4: Costa Rica (20 doc. (10,30%))
- 5: España (9 doc 4,63%)
- 6: Puerto Rico (6 doc. (3,09%))
- 7: EEUU (3 doc. (1,54%))

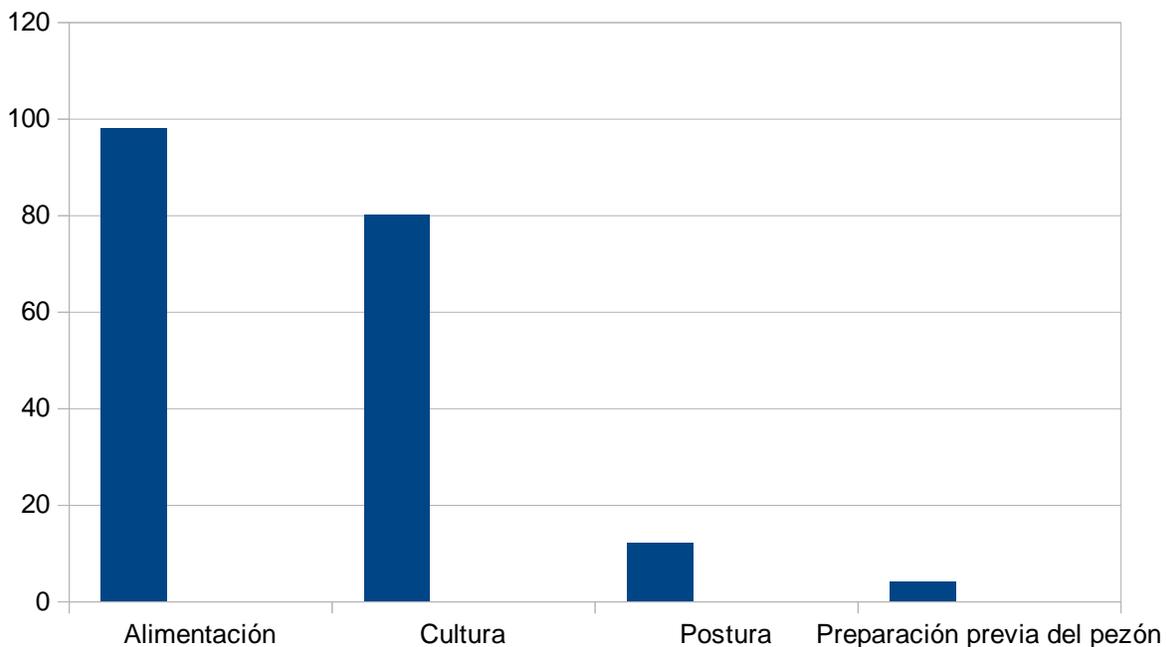
Figura 3. Mitos sobre lactancia materna



Leyenda

- 1: Alimentación de la embarazada (comer el doble para producir más leche), 108 documentos (55,67%).
- 2: Pechos pequeños, 30 documentos (15,46%)
- 3: Pezón invertido, 18 documentos (9,27%)
- 4: Cirugía en pecho, 15 documentos (7,73%)
- 5: Toma de medicamentos, 14 documentos (7,21%)
- 6: Incompatibilidad trabajo, 9 documentos (4,63%)

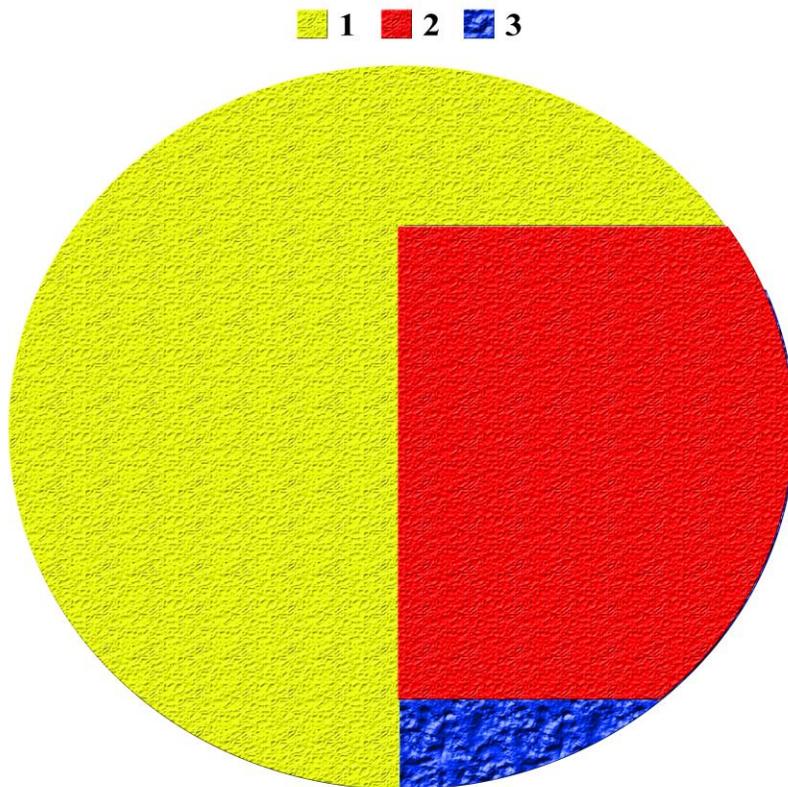
Figura 4. Verdades sobre lactancia materna



Leyenda

- 1: Alimentación de la embarazada (alimentos a ingerir para producir más leche), 98 documentos (50,51%).
- 2: Contexto familiar de cultura de lactancia materna, 80 documentos (41,23%).
- 3: Postura correcta del recién nacido, 12 documentos (6,18%).
- 4: Preparación de los pezones durante el embarazo, 4 documentos (2,06%)

Figura 5. Unidades de publicación de artículos sobre la lactancia materna



Leyenda

- 1: *Atención Especializada*: 120 doc. (61,85%)
- 2: *Atención Primaria*: 70 documentos (36,08%)
- 3: *Sin especificar*: 4 doc. (2,06%)