

ARTICULO DE REVISIÓN

**LIMITACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA Y SU IMPACTO SOCIAL:
UNA REVISIÓN DOCUMENTAL**

**LIMITATIONS OF BREASTFEEDING AND ITS SOCIAL IMPACT: A DOCUMENTARY
REVIEW**

Hinojosa Gerez Aura¹ , Polo De la Rosa Paula¹ , Polo Vides María¹ Restrepo Santiago
Duvan¹ Suarez Villa Mariela¹ Acosta Orellano Ana¹ Benedetti Quintero Genesis¹ Guerrero
Arias Liz¹ Gonzalez Quintero Nicolle¹ Gutierrez Diaz Karine¹¹.

1 Estudiantes de Enfermería de la Universidad Simón Bolívar.

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna es la acción natural de alimentar al bebé con leche producida por la madre, o por una madre sustituta que asuma ese papel, pero existen factores que la favorecen y la limitan. La leche materna es el primer alimento natural que proporciona al bebé energía y nutrientes necesarios durante los primeros meses, esta contribuye a la maduración neurológica, funcional del tracto gastrointestinal y renal, promueve desarrollo sensorial, cognitivo y desarrollo de los mecanismos de defensa inmunes, protegiendo al bebé de enfermedades e infecciones crónicas.

Objetivo: Describir las limitaciones de la lactancia materna exclusiva, a partir de la revisión literaria de estudios de investigación en el periodo de 2005-2015.

Materiales y métodos: El tipo de investigación fue una revisión documental integrativa no sistemática. La población estuvo conformada por 100 publicaciones que hicieron parte de la revisión, quedando 50 artículos que aportaron a construir el documento; la muestra la conformaron 15 artículos, los criterios de inclusión fueron artículos del periodo 2005-2015 y los criterios de exclusión fueron artículos no científicos, boletines informativos, artículos fuera del periodo 2005-2015.

Resultados: La lactancia materna exclusiva, sin otros alimentos ni líquidos, durante los primeros 6 meses de vida tiene ventajas en comparación con la lactancia materna exclusiva durante solo 3 a 4 meses, seguida de la combinación de la lactancia materna con otros alimentos.

Conclusión: Es vital fomentar la lactancia materna exclusiva porque es un compromiso social extenso y continuo no sólo con las madres, también con el personal de salud específicamente con las enfermeras.

Palabras Clave: Lactancia materna, alimentos infantiles leche materna, lactante (DeCS).

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding is the natural action of feeding the baby milk produced by the mother, or by a surrogate mother who assumes that role. But there are factors that favor and limit it. Breast milk is the first natural food that provides the baby with the necessary energy and nutrients during the first months, it contributes to neurological maturation, functional of the gastrointestinal and renal tract, promotes sensory, cognitive and immune defense mechanisms, protecting the baby from chronic diseases and infections. (1).

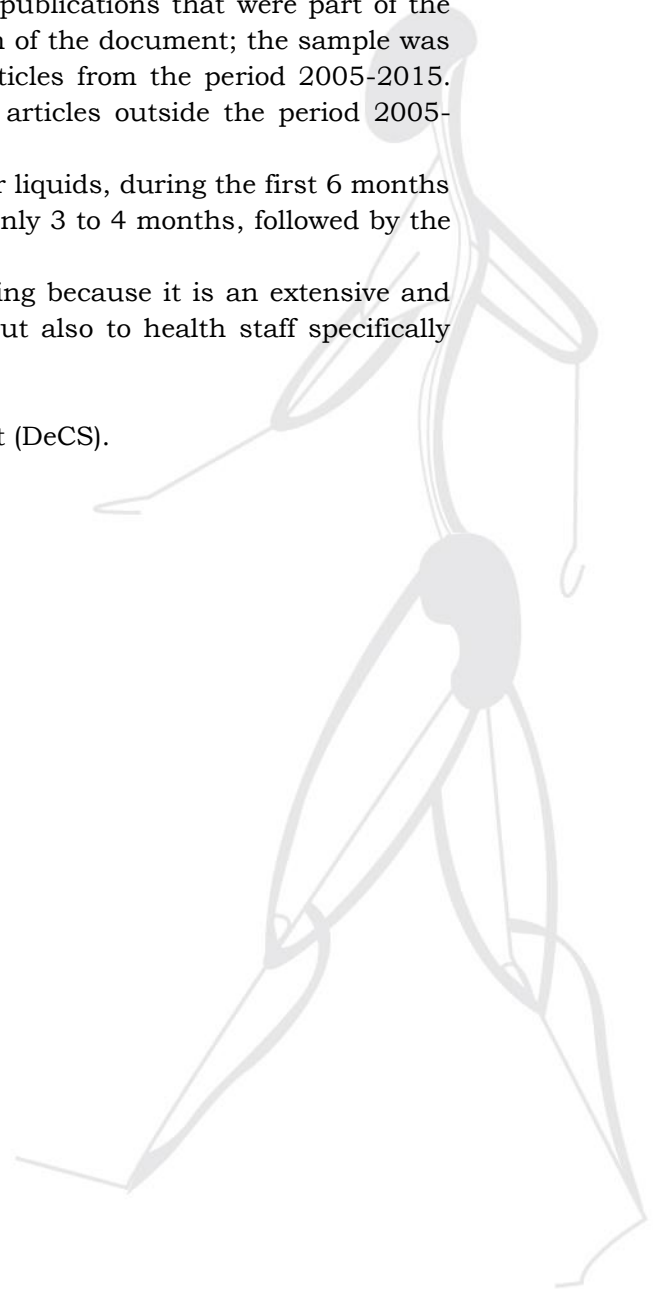
Objective: to describe the limitations of exclusive breastfeeding, based on the literary review of research studies 2005-2015.

Materials and methods: The type of research was a non-systematic integrative documentary review. The population consisted of 100 publications that were part of the review, with 50 articles contributing to the construction of the document; the sample was made up of 15 articles, the inclusion criteria were Articles from the period 2005-2015. Exclusion criteria: non-scientific articles, newsletters, articles outside the period 2005-2015.

Results: Exclusive breastfeeding, without other foods or liquids, during the first 6 months of life has advantages over exclusive breastfeeding for only 3 to 4 months, followed by the combination of breastfeeding with others Food.

Conclusion: It is vital to promote exclusive breastfeeding because it is an extensive and continuous social commitment not only to mothers, but also to health staff specifically with nurses.

Keywords: Breastfeeding, baby food, breast milk, infant (DeCS).



INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente, todas las mujeres pueden amamantar siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más (2).

La composición de la leche humana varía tanto de una madre a otra y en cada mujer, en el transcurso del día e incluso en una misma mamada. La fracción más estable es la proteica y la de mayor variabilidad, la grasa. La leche materna se forma en la propia glándula mamaria utilizando los componentes allí presentes y los nutrientes maternos necesarios. A pesar de que la composición de la leche materna expresa el estado nutricional de la mujer, esta queda en deudas generalmente(3). Son muchos los factores que influyen tanto en la composición como en el volumen de la secreción láctea, desde factores genéticos y nutrición materna, hasta las técnicas de extracción, almacenamiento y administración al bebe (4).

Por generaciones, la lactancia materna ha sido una actividad traspasada de madre a hija a través de la cultura y el ejemplo. Actualmente, sin embargo, las madres muchas veces no cuentan con el apoyo o el ejemplo que ofrecía la familia extensa o sus madres no tuvieron una lactancia exitosa. Se suma a estas dificultades el que las prácticas médicas en las maternidades o centros de salud, suelen interferir con la fisiología de la lactancia; entre estas prácticas se encuentran la separación de la madre y del niño en la maternidad, el uso de fórmulas lácteas, aguas o chupetes y el ordenamiento de la duración o frecuencia de las mamadas durante las primeras semanas de vida del niño, si bien son múltiples los factores involucrados que inciden de manera importante para una lactancia exitosa (5). Así como la lactancia materna provee múltiples beneficios para el bebé y para la madre, una mala práctica de la misma o la ausencia de esta puede probar en los niños consecuencias que pueden costarle la vida misma; las consecuencias de una inadecuada lactancia materna podrían producir en los bebés hiperbilirubinemia, poca ganancia de peso y deshidratación (6). Unos de los principales motivos del abandono o que limitan la lactancia materna del recién nacido son: enfermedad del niño, enfermedad de la madre, ingesta de alcohol, niño rechaza pecho, por trabajo o estudio, por estética (7).

En numerosas ocasiones la lactancia materna se interrumpe por motivos no justificados. En la práctica son muy pocas las situaciones que la contraindican; entre estas se incluyen niños con galactosemia, malabsorción congénita de glucosa-galactosa y la deficiencia primaria de lactasa. La infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye una contraindicación para la lactancia (8). Tampoco deben lactar a sus hijos las madres que estén infectadas por el virus de la leucemia humana de células T, ya que se ha demostrado, como con el VIH, su transmisión a través de la lactancia materna (8).

Entre otras limitaciones, se encontró la obstrucción de los conductos galactocele, la mayoría de las veces ocurre por infección de leche retenida; por eso es importante que no se quede la mama congestionada en cada toma. Por tanto, es trascendental no interrumpir la lactancia (9). Cuando la infección local (galactocele) se generaliza se produce la mastitis, esta se manifiesta con dolor, calor y enrojecimiento de la mama; desde el punto de vista médico, estas constituyen la principal causa de destete precoz ya que si tiene una mastitis con eliminación de bacilos no se debe dar leche hasta que se asegure de que no los elimina por esa vía, igual sucede con la tuberculosis, mientras tanto se puede hacer extracción de leche y desecharla (9).

En los procesos oncológicos la lactancia está contraindicada en estos casos, los fármacos antineoplásicos y los compuestos radioactivos se excretan por la leche materna y tienen efecto acumulativo (9). El alcohol se debe suprimir por completo de la dieta, incluyendo las cervezas ya que no hay una base científica que justifique que “aumente la producción de leche”; no existe ningún nivel de consumo de alcohol durante la lactancia que se pueda considerar seguro. Evidentemente, todo tóxico llega a la leche materna y por tanto el lactante sufrirá sus efectos (10).

En el caso del rechazo del pecho se puede deber porque después del tercer mes algunos niños o niñas rechazan el pecho de repente; este rechazo puede suceder porque el niño o niña ha tenido gripe, está molesto, ha estado separado de la madre por largo tiempo, le han dado biberones o bien, desconocimiento de la madre sobre como lactar a su bebé (11).

La decisión de lactancia artificial o abandono de la lactancia materna exclusiva en un 28,9% fue a iniciativa materna; entre los motivos que las madres alegaban, el más frecuente fue la hipogalactia en un 29,7% seguida de la escasa ganancia de peso en un 20,5%, la necesidad de incorporarse al trabajo ocupó un tercer lugar con un 11,8% y ya mucho menos frecuentes fueron la enfermedad materna con un 5,1% o del niño con un 5,7%, la incomodidad para la

madre con un 2,7% y motivos estéticos en seis madres, que es igual a 0,3% (12).

Por otra parte, los compañeros de estudio pueden ser una fuente de información errónea en el entorno escolar que impide la realización exitosa de la lactancia. En el entorno universitario de China, el mismo estudio encontró que los estudiantes tienen mitos como que la lactancia materna es dolorosa, el 34,2%, los senos se caen, el 43,1% y que restringe la libertad de las madres, el 52,5%; además, el 58,2% de los estudiantes informó que se sentirían avergonzados si ellos con sus parejas amamantarán en público, del mismo modo la aceptación de la lactancia materna en público fue baja, un 34,7% (13).

No se conoce detalladamente cuál es la situación en los países con mayores ingresos, pero la información disponible es preocupante. Así, en el año 2010, en Australia alrededor del 90% de las mujeres iniciaban LM pero, a los 6 meses, sólo el 2% continuaban con LME. En Estados Unidos, en 2013, el porcentaje de inicio de LM era del 76% y a los 6 meses la LME se reducía hasta el 16%. En Europa, según datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) del año 2005 los mejores resultados de inicio de LM los presentaban los países nórdicos con cifras próximas al 100%, pero los porcentajes de LME a los 6 meses disminuían por debajo del 20%, muy lejos del objetivo de la OMS que es un 50% de LME a los 6 meses. Los

países con peores tasas de inicio de LM eran Francia e Irlanda con niveles del 63% y 44%, Reino Unido por su parte tenía un 77% de inicio de lactancia pasando a <1% de LME a los 6 meses (14). Por su parte, Díaz-Campos y Díaz-Ortiz encontraron que mujeres cubanas casadas lactaron hasta los 4 meses en un 24,8%, de 4 a 6 meses en un 17,4% y más de 6 meses en un 8,1%; mientras que las que tenían unión estable, el 8,1%, lo hicieron por menos de 4 meses ó de 4 a 6 meses y 17,4% lo hicieron por más de 6 meses (13). En mujeres californianas, Helck et al. hallaron que aquellas con menor nivel educativo tuvieron mayor probabilidad de no lactar; a saber, de las mujeres que no lactaron nunca el 16,7% no terminaron bachillerato, el 17,1% lo terminaron, el 11% tenía algún estudio universitario y el 4,4% se había graduado de la universidad o tenía más estudios. Así que la probabilidad de no lactar fue mayor para aquellas con nivel educativo inferior (13).

El Salvador, 25% en Panamá y 31% en Nicaragua son amamantados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. Estos bajos índices indican un abandono de la práctica de la lactancia materna exclusiva. Ecuador está en una situación intermedia, con 40% seguidos de Bolivia con 54% y Chile con 63% (15).

Es evidente que hay necesidad de tomar acciones concretas y retomar el tema con prioridad, sin embargo, no se trata

solamente de reenfocar los programas de comunicación dirigidos a la audiencia objetivo y profesionales involucrados, los gobiernos tienen que crear las condiciones que hacen posible la lactancia materna en un mundo cada vez más globalizado (15).

De cada 10 mexicanas que trabajan, sólo una amamanta a su bebé y el resto le da fórmulas artificiales. Esa es una de las razones por las que México está en el puesto más bajo en Latinoamérica en el tema de lactancia materna, de acuerdo con el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF, por sus siglas en inglés) (16). El encargado en Costa Rica del Área de Primera Infancia del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), Iván Rodríguez, dijo que apenas el 35% de las madres costarricenses amamanta a sus bebés los primeros seis meses de vida (17).

La vuelta de la madre al trabajo, que a veces ocurre antes de que termine la licencia por maternidad, es una de las principales amenazas para la lactancia materna; eso es lo que revela un reciente estudio realizado en la Clínica y Maternidad Suizo-Argentina, que muestra que a los tres meses de nacer el 34,2% de los bebés ya ha dejado de alimentarse exclusivamente a teta, cuando lo que se recomienda son seis meses de lactancia materna (18).

Colombia tiene cifras muy bajas de lactancia materna exclusiva: menos de dos meses, cuando lo recomendado es que sean mínimo 6. El panorama regional

es peor, pues 19 departamentos reportan cifras por debajo de este indicador. En muchas regiones, los niños no reciben ni 15 días de lactancia exclusiva; si bien es una decisión legítima y respetable de la madre el lactar o no a su hijo, hay razones externas a su deseo que inciden en que estas cifras sean tan bajas, como son la falta de una cultura sobre la lactancia, el desconocimiento frente a sus beneficios y desinformación (19). Además, el hecho de que la licencia legal de maternidad en Colombia sea de 14 semanas, significa que cuando el bebé tiene un poco más de tres meses, la mamá debe volver a su trabajo y, en muchos casos, no encuentra el apoyo de sus familias y empleadores para continuar con la lactancia (20).

Ante lo descrito anteriormente el presente estudio tiene por objetivo describir las limitaciones de la lactancia materna exclusiva, a partir de la revisión literaria de estudios de investigación de los años 2005-2015.

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de investigación fue una revisión documental integrativa no sistemática dentro de la cual el estado del arte se utilizó como la estrategia metodológica que guió la síntesis de la información obtenida de los estudios.

La población estuvo conformada por 100 publicaciones que hicieron parte de la revisión, sin embargo algunas no

cumplían con el propósito del estudio y no todas eran investigaciones científicas quedando 50 artículos que aportaron a la construcción del documento; la muestra la conformaron 15 artículos de investigación relacionados con las limitaciones de la lactancia materna exclusiva, a los cuales se les realizó matrices para el análisis sistemático; los criterios de inclusión fueron artículos de investigación nacional o internacional relacionados con el tema de las limitaciones de la lactancia materna exclusiva, realizados en el período comprendido desde el año de 2005 y el año 2015, artículos de investigación en idioma español, artículos de investigación realizados por profesionales de enfermería u otros profesionales de la salud. Como criterios de exclusión, no se tuvieron en cuenta artículos no científicos, boletines informativos, artículos fuera del periodo comprendido 2005-2015, artículos que no sean de idioma español.

Para la recolección de la información se tuvieron en cuenta las etapas descritas por Willes para los estudios documentales; primeramente se dio inicio con una amplia compilación de evidencias a lo largo de bases de datos científicas como Scielo, ProQuez, Redalyc, Dialnet, luego de encontrar las investigaciones que cumplieron con los criterios de inclusión se hizo el respectivo análisis de cada una de ellas y por último se realizó una reflexión para la acción crítica de cada una de las investigaciones donde se tuvo

en cuenta el objetivo, tipo de estudio, país, año de realización del estudio, metodología, instrumentos, criterios de inclusión, criterios de exclusión, población, muestra, recolección de la información, para con estos datos lograr identificar aquellos aspectos determinantes en cada una de las investigaciones y así poder llegar a las conclusiones y formulación de resultados. Identificando las características relevantes de los artículos de investigación. Luego de elaborarse la crítica en cada artículo, se hizo un análisis general de acuerdo con lo encontrado en las 15 investigaciones. Como consideraciones éticas se tuvo en cuenta el principio de respeto a los derechos de autor de la Ley 23 de 1982 (2), el no plagio de ideas y conceptos, la publicación de resultados se considera un aporte importante a la investigación actual, pues contribuyen a ampliar el marco teórico a lo largo del estudio.

DESARROLLO

Limitaciones en la lactancia materna.

Las bajas frecuencias de LME están presentes en todo el mundo. Según la OMS, tan solo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida. Las proporciones de LME reportadas en la literatura son variadas y dependen de las características de cada país.

Igualmente, en Colombia el panorama sobre la práctica de la LME hasta los seis meses no es alentador y, según la ENDS (Encuesta Nacional de Demografía y Salud), se demuestra que aunque esta práctica ha venido en aumento no ha alcanzado los niveles requeridos, pues llegan a sólo el 26,1% en niños entre 4 y 5 meses de edad para el 2005 (21).

En Bucaramanga los estudios realizados sobre la prevalencia de la LME han sido en grupos específicos de la población y con deficiencias en la metodología; los tipos de lactancia están condicionados por la interacción de factores biológicos, sociodemográficos, económicos, cultural, social y familiar de la atención clínica y por las estrategias de mercadeo de las casas productoras de leches artificiales. Las relaciones entre los tipos de lactancia y sus determinantes son diferentes entre los países y entre las distintas instituciones y comunidades de un mismo país, y su conocimiento es relevante porque las intervenciones para promocionar la LM tienden a basarse en evidencias del propio medio. Los factores que afectan las tasas de LM no solo son numerosos y complejos, sino que también actúan de forma distinta en diferentes situaciones (21).

Se calculó un tamaño de muestra en el programa estadístico EpiInfo versión 6.04d, con base en un Riesgo Relativo de 1,3 para el abandono de la LME, aceptando un nivel de confiabilidad del 95% y un poder del 80%, lo que da como

resultado una muestra de 280 observaciones (22).

Los criterios de inclusión fueron: madres cuyos hijos presentaron un peso al nacer mayor de 2.000g o una edad gestacional mayor a 36 semanas; y se excluyeron del estudio madres cuya información de dirección de residencia no estaba disponible, madres con VIH o hepatitis C, madres cuyos niños presentaron lesiones en la boca o el tubo digestivo, alteraciones neurológicas o que recibieron algún medicamento que contraindicara la lactancia materna. Se realizó un muestreo aleatorio simple sin reemplazo de 1.314 madres, luego de dar cumplimiento a los criterios de inclusión y exclusión, de la información de la base de datos de los certificados de niños nacidos vivos ocurridos en Bucaramanga (23).

Por medio de la encuesta fueron obtenidas todas las variables mencionadas a continuación, y la variable dependiente fue el tiempo a la suspensión de la LME, en meses. También se midieron como variables independientes y de confusión: características de la madre, características antes del embarazo, características durante el embarazo, características durante el parto, características del lactante, características después del parto, características de la alimentación del niño, y conocimientos y percepción de la lactancia materna (24).

Se creó una variable nueva que se categorizaba en conocimientos buenos,

regulares y deficientes acerca de la LM, teniendo en cuenta el número de respuestas correctas de estas seis preguntas, siendo considerados buenos conocimientos si presentaba entre 5 y 6 respuestas correctas, conocimientos regulares si presentaba entre 3 y 4, y conocimientos deficientes si presentaba entre 1 y 2 respuestas correctas o ninguna.

Impacto social de la lactancia materna.

La lactancia es una opción, no una conducta natural asignada casualmente a las madres. Las mujeres que eligen amamantar son diferentes de aquéllas que optan por suministrar sucedáneos a sus hijos y estas otras características de la madre y su ambiente son factores confusos de análisis. Pese a que Woodward y Liberty discuten este desafío de análisis, lo que parece faltar es un reconocimiento relativo a que las características maternas asociadas al amamantamiento varían dependiendo de la cultura analizada. Los rasgos maternos vinculados al amamantamiento, tales como un nivel educacional más alto y mayores ingresos, en países desarrollados como Canadá y Estados Unidos no son universales. De hecho, en países pobres, la lactancia es una práctica más frecuente en los sectores de menores recursos y con menor escolaridad. El contexto cultural particular debe ser considerado si esperamos comprender los patrones a

través de los cuales el amamantamiento influye en el desarrollo psicosocial (25).

La etapa neonatal está caracterizada por un delicado proceso de adaptación, de la vida intrauterina a la extrauterina, por tanto el sistema inmune también está sujeto a este proceso de adaptación, pues en el momento del nacimiento este importante sistema para la homeostasis de la economía se encuentra incompletamente desarrollado. La inexperiencia antigénica y la prevalencia de factores supresores durante la vida fetal son responsables de la inmadurez fisiológica de las funciones del sistema inmune en el neonato. Sin embargo, el neonato debe ser capaz de defenderse contra los microorganismos hostiles del ambiente, pero al carecer de un mecanismo de defensa competente esto resulta en la alta incidencia de enfermedades infecciosas en el período perinatal (26).

El detrimento de las inmunodeficiencias son mayormente mitigadas por mecanismos compensatorios que ocurren de forma natural, como el paso transplacentario de anticuerpos (Ac) inmunoglobulina (Ig) G con alta avidéz de la madre al feto durante la vida intrauterina. Después del nacimiento, la leche materna es la responsable de mantener el nexo inmunológico madre-hijo, al suministrarle a este los elementos protectores, la mayoría de ellos células y factores solubles que están ausentes en el neonato (27).

Durante la etapa del amamantamiento es el único momento en que el ser humano recibe todos los nutrientes necesarios de un único alimento por tiempo prolongado, que además debe ser apto para las características de inmadurez funcional del aparato digestivo, renal y del sistema inmunológico del niño pequeño (28).

En nuestro país, a partir de la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, se intensificaron acciones específicas contenidas en el Programa Nacional de Atención Materno Infantil a fin de cumplir los acuerdos emanados de dicha cumbre; un ejemplo de esto es la iniciativa de crear el Hospital Amigo de la Madre y el Niño, lo cual se ha convertido en una importante opción para el impulso de la lactancia natural exclusiva hasta los 4 meses y suplementada hasta los 6 meses como única forma de aportar al bebé los nutrientes necesarios y elementos protectores para hacer frente a las adversidades del medio externo al cual se incorpora a vivir para su buen desarrollo y crecimiento, puesto que la leche humana es una emulsión de grasas en una solución azucarada o fluido biológico que contiene carbohidratos, lípidos, proteínas, calcio, fósforo, vitaminas, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, cloro, sodio, seroalbúmina, y otras sustancias que la hacen el alimento ideal para el niño. (29)

En la leche materna no solo se encuentran las proteínas nutrientes,

existen otras cuyas funciones principales no son las de nutrir al recién nacido; entre las que se encuentran las limosinas, con funciones antimicrobianas no específicas, con acción bactericida contra enterobacterias y bacterias grampositivas que producen cuadros diarreicos en los lactantes, lo cual trae como consecuencias ingresos reiterados de los infantes (30). La leche materna contiene a su vez IgA, IgG y IgM y la principal es la IgA_s, cuya función consiste en proteger las mucosas y proporcionar protección local intestinal contra poliovirus, *Escherichia coli*, *V.cholerae*, capaces de enfermar a los niños con la repercusión social que esto trae implícito. La IgG y la IgM protegen contra virus sincitial respiratorio como el citomegalovirus, la rubéola, entre otros (31).

La lactoferrina que contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño, tiene efecto bacteriostático importante contra estafilococos, *Escherichia coli*, *Cándida albicans* mediante la privación del hierro que requieren para su crecimiento, además estos niños amamantados no padecen de anemia por la concentración de este vital mineral contenido en la leche materna, por tanto enferman con menos frecuencia (32).

Muchas veces cuando se indaga con las madres acerca de la lactancia del niño afloran problemas, manifiestan que esta no fue posible por razones laborales, es

decir por necesidad de incorporarse a trabajar, otras alegan razones de tipo personal, es decir, lo estético y lo físico, otras por disminución en la cantidad de leche y lentitud en el crecimiento y ganancia de peso del niño, otras por desinformación por parte de los trabajadores de la salud, otras por la era moderna de la alimentación artificial, entre otras causas (32).

En el primer trimestre de vida, la inmadurez renal limita la capacidad de este órgano para llevar adecuadamente esta sobrecarga de solutos, determinada por la incorporación de leche de vaca u otros alimentos proteicos, situación que predispone a la deshidratación por diuresis osmótica agravada con casos febriles o diarreicos en niños pequeños. A esto se añade el hecho de que la manipulación o preparación de estos alimentos sin buenas condiciones de saneamiento aumentan las infecciones, fundamentalmente las enfermedades diarreicas. La alergia alimentaria puede ser otra complicación, el aumento de la permeabilidad intestinal a macromoléculas, sumado a la inmadurez del sistema inmune, condiciona la aparición de cuadros atópicos en niños genéticamente predispuestos (33). Se conoce que los anticuerpos producidos por la albúmina sérica bovina, presente en la leche de vaca, reaccionan de forma cruzada con proteínas de superficie de las células β del páncreas, precipitando la aparición de diabetes mellitus de tipo I.

La leche materna es de fácil digestión y el organismo del niño la aprovecha mejor que cualquier otro alimento, le brinda cariño, protección, confianza y seguridad al estar en contacto directo con su madre, está higiénica, no se descompone, no tiene riesgo de contaminación y en el caso de la madre disminuye el sangrado después del parto, previene el cáncer de mamas y tiene un efecto anticonceptivo, pues se conoce que la anovulación está asociada con la amenorrea por lactancia; además, esta leche no necesita preparación, por tanto, ahorra tiempo (34).

El costo de la leche en polvo, del combustible, de los utensilios y otros sustitutos adicionales para enriquecerla, hablan a favor de las ventajas para el bebé de la lactancia materna. Esta ayuda a la conservación del medio ambiente por el concepto del proceso de obtención e industrialización, todo lo cual redundará en beneficios para el niño, la madre, la familia y para la sociedad (35).

Además de lo expuesto acerca de la lactancia materna desde el punto de vista nutricional, de la protección de diferentes enfermedades, del incremento del bienestar psíquico, cabe destacar la importancia para la buena estimulación del lenguaje en las edades tempranas, pues sienta las bases para el correcto desarrollo posterior de este (36).

Si nos fijamos detenidamente notaremos que para pronunciar los múltiples sonidos que componen nuestra lengua, necesitamos la participación directa de un grupo más o menos extenso de elementos, tales como: los maxilares, el paladar duro, el paladar blando, los labios y la lengua; estos elementos son los mismos que intervienen en otras actividades vitales como la succión y la deglución, ambos íntimamente vinculados con la lactancia materna (37). El proceso de succión implica una impactividad de los labios y de los maxilares, los primeros sirven para inmovilizar las mamas y los segundos se encargan de comprimir las para ayudar a la salida de la leche. Al nacimiento del bebé la mandíbula tiene forma de arco y se encuentra retraída en relación con el maxilar inferior, adicionalmente el tercio superior de la cara se encuentra más desarrollado y el espacio bucal ocupado por la lengua; el acto de succión contribuye al avance de la mandíbula y alcanza una posición apropiada alrededor de los 8 meses y una adecuada configuración de los arcos (38).

Por su parte, durante este proceso la lengua llega a ocupar una correcta posición, lo que facilita el equilibrio craneofacial y fortalece la musculatura bucal, por tanto los mecanismos implicados en la producción de sonidos articulados son los mismos que intervienen en la succión, es por ello que su correcto desarrollo y fortalecimiento son indispensables para evitar

dificultades en el habla (39). Es por ello que se puede afirmar que una correcta succión y deglución son de vital importancia para el fortalecimiento de la musculatura de los labios y los maxilares y por tanto, para la prevención de alteraciones del lenguaje, al tiempo que contribuye a mantener los dientes en posición adecuada (40).

No obstante, el uso y la decadencia de la lactancia materna ha sido un tema discutido desde épocas añejas, pues se han hallado biberones de barro en tumbas de niños romanos, lo cual muestra que ya en el mundo antiguo se utilizaba la alimentación artificial. Este tipo de acciones que buscan dar a conocer el amamantamiento se demuestran por el beneficio nutricional de ese acto materno para los bebés, las defensas que le concede contra diferentes enfermedades por sus reconocidas propiedades inmunes, el crecimiento del confort psíquico del bebé y de la madre, así como la buena incitación del lenguaje en las edades prematuras de la vida.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta estudios científicos nacionales e internacionales que posteriormente fueron analizados a lo largo del presente trabajo, se ha encontrado que unas de las principales limitaciones de la lactancia materna exclusiva era que las madres eran

mujeres que se encontraban en el ciclo vital individual de la adolescencia y adulto joven, por tal motivo el desconocimiento de la importancia de esta para el recién nacido, otro limitante era el reintegro al estudio o trabajo, pues la mayoría eran madres solteras y por último la estética.

Cabe resaltar que la parte social juega un papel muy importante dentro de este tema debido a la fuerte manera con la que se desprecia y no se toma con seriedad la falta de compromiso que tenemos como comunidad en general, precisando el desconocimiento en que nos encontramos. Nosotros como ciudadanos comprometidos y abriendo nuestros sentidos para no desechar una manera con la cual la humanidad pueda borrar cierto tipo de acontecimientos inoportunos, como lo son las enfermedades, debemos de tomar la batuta y comenzar a implementar los métodos correspondientes para que todos como sociedad conozcamos acerca de este tema y de sus beneficios.

Por otra parte, el fomento de la lactancia materna exclusiva demanda de un compromiso social extenso y continuo no sólo con las madres sino también con el personal de Salud, específicamente con las enfermeras. Por ende, en los aspectos sobre los cuales sería importante decidir podemos mencionar los siguientes: el significado de la lactancia materna como tal, propagar la necesidad de darle el calor

humano de madre al momento de amamantar, difundir las técnicas para la adecuada producción de leche materna y para evitar los problemas relacionados a la lactancia, dar lección en que las leches maternas tienen las cualidades de quitar la sed y de evitar los cólicos. Es por esto que la enseñanza de la lactancia materna debe comenzar desde edades preescolares mediante los juegos de roles que además de estimular la creatividad y el aprendizaje, ayuda a un ajuste social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) López E.M, Martínez J.G, Zapata J.L. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 2013;31(1):117-126.
- (2) Organización mundial de la salud. Lactancia materna [Internet]. Colombia: OMS [Citado 9 Mayo 2017]. Disponible en:<http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- (3) Díaz Argüelles V, Ramirez C. Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. Revista Cubana Pediatría. 2005;77(2): 1-2.
- (4) Gamboa, E. Prada, G. López, N. Gallo, K. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Revista Chilena de Nutrición. 2008; 35(1). 43-52.

- (5) Martínez J, Valdés V. Problemas en la Lactancia. Unicef. 2005. Disponible: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod03/Mod%203%20Problemas%20de%20lactancia%2018%20feb%2005.pdf>.
- (6) Osorio Castaño J.H, Botero Ortiz B.E, Factores asociadas a la duración de la lactancia materna [Tesis posgrado]. Medellín: biblioteca digital; 2011. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1484/2/Factores_asociados_duracion.pdf.
- (7) Niño R, Gioconda Silva E, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. Revista Chilena Pediatría. 2012; 83 (2): 161-169.
- (8) Lozano de la Torre M.J. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica[monografía en Internet]*. España: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; 2010 [Citado 9 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>.
- (9) Nieto García J.I. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud[monografía en Internet] *. España: Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja; 2010 [Citado 9 Mayo 2017]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf.
- (10) Rodríguez J, Acosta N. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en población pobre de áreas urbanas de Colombia. Rev Salud Pública. 2008;10:71-84.
- (11) El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia materna [Internet]. Ecuador: Unicef [Citado 9 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>.
- (12) Sacristán Martín A.M, Lozano Alonso J.E, Gil Costa M, Vega Alonso A.T. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Revistade Pediatría Atención Primaria. 2011; 13(49): 33-46.
- (13) Becerra Bulla F, Rocha Calderón L, Fonseca Silva D.M, Bermúdez Gordillo L.A. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Revista de la Facultad de Medicina. 2015; 63 (2): 217-227.
- (14) Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. 2016. [Citado 21 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>.
- (15) Veneman A.M. Retomando el tema de la lactancia materna en la región de América Latina y el Caribe- un compromiso de Unicef. Unicef. 2015. [Citado 21 Mayo 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/lactancia_materna_tacro.pdf.

- (16) MURAL S. Fallan madres en lactancia. Mural 2015 May 10:14. [internet]. [Citado 9 mayo 2017]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1679792617?accountid=45648>.
- (17) Alertan riesgos de salud para niños de Costa Rica por escasa lactancia. NOTIMEX 2008 agosto 04. [internet]. [Citado 9 mayo 2017]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/428507003/citation/2251EB1D4E034B71PQ/1?accountid=45648#>.
- (18) Ríos S. Cuando el trabajo atenta contra la lactancia. La Nación 2005 Jul 31. [internet]. [Citado 9 mayo 2017]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/335169991/C299069B4174675PQ/10?accountid=45648>.
- (19) Díaz C, Cabrera G, Mateus JC. Representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali. Colombia Médica. 2003;34:119-23.
- (20) Moreno Meza L.L, Oscar Palma D. Prácticas de la alimentación del lactante y niño pequeño y su relación con los determinantes sociales de la salud en el municipio de Manizales [Tesis posgrado]. Manizales: Repositorio autónoma; 2015. Disponible en: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/949/1/Alimentacion%20ni%C3%B1o%20peque%C3%B1o.%20202015.pdf>.
- (21) Urquiza Aréstegui R. Lactancia materna exclusiva: ¿siempre?. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2014 Abr [citado 2019 Abr 01]; 60(2): 171-176. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322014000200011&lng=es.
- (22) Amanda Ortiz J, Borré A, Carrillo S, Gutiérrez G. Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguros. Revista Latinoamericana de Psicología. 2006; 3 (1): 71-86.
- (23) Grace s. Marquis p. Lactancia Materna y su Impacto sobre el Desarrollo Emocional y Psicosocial Infantil:. Iowa StateUniversity, EE.UU, 2005.
- (24) UNICEF. Nueva York, 1 de agosto de 2008, Comunicado de prensa: Apoyar a las madres a lactar mejorará las posibilidades de supervivencia de los niños y niñas. Disponible en: URL: http://www.unicef.org/spanish/media/media_44930.html.
- (25) Martínez Fernández MR, Grifo Peñuelas MJ, Canicatti Galiano AM, Sanz Rosado AV, Hindi B, Kassis E, Hombrados G. Lactancia materna. Volviendo a los cincuenta. Semergen 2014; 30(4): 159-163.
- (26) Romero Delfino M, Obregón VE, Rainero GL, Romero ML, Romero, MS, Rudnitzky R. Práctica de la lactancia materna y factores determinantes en dos grupos demográficos de la ciudad de Corrientes. Facultad de Medicina UNNE, 2002. Disponible en: URL:

<http://www1.unne.edu.ar/cyt/2012/03Medicas/M-084.pdf>.

(27) Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, et al. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. *Pediatrics* 2006; 117: 380-386.

(28) Gutiérrez A, Barbosa D, González R, Martínez O. Hogar Materno "La Palma" nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. *RevCubEnf* 2011; 17(1): 42-6.

(29) García Casanova MC, García Casanova S, Pi Juan M, Ruiz Mariscal E, Parellada Esquiús N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración?. *Atención primaria* 2015; 35 (6): 295-300.

(30) Chávez Merlos A, Sánchez GR, Ortiz OH, Peña Ortega B, Arocha Reyes B. Causas de abandono de la lactancia materna. *Rev. Fac. Med. UNAM* 2002; 45 (2): 53-55.

(31) UNICEF (Colombia). Estadísticas, Nutrición. 2004. Disponible en: URL: http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/colombia_statistics.html.

(32) Prendes-Labrada MC. Vivanco del Río M, Gutiérrez- González R, Guibert-Reyes W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *RevCubMed* 2009; 15(4): 397-402.

(33) Peraza Roque G, Soto M, De la Llera Suárez E, Alonso Suárez S. Factores asociados al destete precoz. *RevCubMed Gen Integr* 1999; 15(3): 278-84.

(34) Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García

Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Rev Anales de Pediatría* 2012; 56: 144-150.

(35) Cabrera G, Mateus JC, Carvajal R. Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia. *RevFacNac Salud Pública* 2013; 21(1): 27-41.

(36) Freitas AC, Rivero de Gutiérrez MG, De Fátima H. Diagnóstico de Enfermagem amamentação ineficaz- Estudo de identificação e validação clínica. *Rev Acta Paul Enferm* 2015; 18(1): 46-55.

(37) North American Nursing Diagnosis Association NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2008. Barcelona: Harcourt SA, 2008.

(38) Carpenito L. Handbook of Nursing Diagnosis, Ed 11. Philadelphia: 40. Lippincott Williams e Wilkins, 2006. p. 37-41.

