

LACTANCIA MATERNA PROLONGADA, MITOS Y REALIDADES DESDE LA NUTRICIÓN

PROLONGED BREASTFEEDING, MYTHS AND REALITIES FROM NUTRITION

Ana Isabel Quingaluisa Sandoval^{1*}

¹ Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud. Ambato, Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2055-8311>. Correo: aquingaluisa4628@uta.edu.ec

Irlanda de Lourdes Chávez Velasco²

² Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud. Ambato, Ecuador. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3700-5871>. Correo: idl.chavez@uta.edu.ec

* Autor para correspondencia: aquingaluisa4628@uta.edu.ec

Resumen

La Organización Mundial de la Salud recomienda iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida del bebé, continuar de manera exclusiva hasta los seis meses y complementarla con alimentación adecuada hasta los dos años o más. Objetivo. Identificar las creencias respecto a la Lactancia Materna y confirmar si hay o no evidencia científica que las soporte. Materiales y métodos. Se realizó una revisión de la literatura bibliográfica - documental. Se buscaron 40 estudios y documentos sobre los mitos y realidades en torno a la Lactancia Materna publicados entre 2019 y 2024, que estuvieran escritos en inglés y español. La búsqueda inicial arrojó 145 registros, pero solo 40 cumplieron los criterios de inclusión, los cuales fueron agrupados en 4 categorías de creencias: 3 establecidas por la UNICEF (creencias respecto a la madre, a la calidad de la leche y a lo que necesita el bebé) y 1 establecida por las autoras (otras creencias). Resultados. Se demuestra la superioridad de la leche materna sobre cualquier otro tipo de alimento, su contenido de grasa, proteínas, componentes inmunes y biológicos activos desempeñan un papel importante en el efecto protector tanto para la salud del lactante, como de la madre.

Palabras clave: leche materna; lactancia; nutrición; prolongada; madre

Abstract

The World Health Organization recommends starting breastfeeding during the first hour of the baby's life, continuing its practice exclusively up to six months and complementing it with adequate nutrition up to two

years or more. In Ecuador, rates are low, which is due, in part, to the fact that there are many beliefs that hinder its effective practice. Aim. Identify beliefs regarding BF and confirm whether or not there is scientific evidence to support them. Materials and methods. A literature review was carried out in different databases and other bibliographic sources. We searched for 40 studies and documents on the myths and realities around published between 2019 and 2024 and written in English and Spanish. Results. The initial search yielded 145 records, but only 40 met the inclusion criteria, which were grouped into 4 categories of beliefs: 3 established by Unicef (beliefs regarding the mother, the quality of the milk and what the baby needs) and 1 established by the authors (other beliefs). The superiority of breastfeeding over any other type of food, its fat content, proteins, immune and biologically active components play an important role in the protective effect for both the health of the infant and the mother.

Keywords: *breast milk; lactation; nutrition; prolonged; mother*

Fecha de recibido: 12/03/2024

Fecha de aceptado: 04/06/2024

Fecha de publicado: 06/06/2024

Introducción

Es importante resaltar que la leche materna es el mejor alimento para los recién nacidos y lactantes. Muchas madres durante este periodo suelen cuestionarse ¿Es necesario seguir un tipo de dieta especial? Evidentemente, la lactancia requiere necesidades nutricionales maternas específicas, puesto a que existe un “traspaso” de nutrientes a través de la leche materna. Aunque la composición de la leche materna es relativamente estable, algunos nutrientes dependerán de la dieta y de las reservas de nutrientes de la madre (Barros & Horton, 2026). Para llevar a cabo una lactancia exitosa compatible con una buena salud materna se requiere de: una hidratación suficiente y una alimentación saludable, equilibrada, completa y adecuada.

Si bien es cierto, una de las mayores preocupaciones maternas es la pérdida del peso retenido después del parto, los profesionales de la salud no recomiendan seguir programas restrictivos de alimentación, principalmente durante los primeros meses de lactancia a fin de no vulnerar la salud de la madre debido a las altas demandas de gasto energético de esta etapa (Organización Mundial de la Salud. , 2019). A pesar de que el contenido de proteína, carbohidratos y ciertos minerales como el calcio y el hierro no cambian en la leche materna por la influencia de la dieta (Arroyo, 2019), el aporte de vitaminas A, D y las del complejo B, así como la concentración y calidad de grasas si lo hace. Es decir, si la madre basa su dieta en alimentos insanos, como procesados y fritos caracterizados por un alto contenido de grasas trans, estas se verán reflejadas en la leche que su hijo recibirá. Así mismo, entre mayor consumo de ácidos grasos poliinsaturados como los Omega 3, 6 y 9, mayores concentraciones en leche materna se evidenciarán.

El consenso es absoluto entre los profesionales de diversos ámbitos de la salud: El beneficio que tiene la lactancia en un menor de seis meses es incomparable a cualquier sucedáneo. La leche materna tiene la mejor calidad de proteínas, aporte de agua, carbohidratos, bacterias que son equivalentes a los probióticos, además

de ofrecer varias ventajas desde el punto de vista de los micronutrientes, vitaminas, minerales y todo lo necesario para el desarrollo y crecimiento del niño. La lactancia materna según la OMS debería mantenerse hasta los 2 años o más.

Dentro del proceso de la Lactancia Materna inciden muchos factores externos e internos que determinan su exitoso cumplimiento; además de entender que el proceso de lactar no es una conducta instintiva, se debe aprender y practicar. Por lo tanto, toda información con sustento o no científico que llega a las madres y sus familias, puede incidir positiva o negativamente en su comportamiento a la hora de amamantar (Vargas, Becerra, Balsero, & Meneses, 2020).

Con el paso de los años y debido a la participación de la mujer en la vida laboral, el auge de la industria de alimentos, el mayor uso de sucedáneos de la leche materna, los prototipos de belleza y la incidencia de la cultura, han generado en la actualidad y a lo largo del mundo, el surgimiento de un número considerable de mitos y creencias acerca del manejo de la Lactancia Materna, los cuales varían según la cultura de cada comunidad. Sin embargo, cabe resaltar que dentro de todos estos escenarios muy pocos mitos y creencias apoyan este proceso y por el contrario la gran mayoría dificultan su desarrollo.

El mito se define como “un relato tradicional basado en antiguas creencias de diferentes comunidades, ofrece explicaciones sobrenaturales de hechos o fenómenos naturales y presenta elementos invariables (que se repiten) y se distingue por su perdurabilidad a través del tiempo” (Taípe, 2018), también se considera como “una representación de hechos o personajes reales, por la imaginación popular, por la tradición” (Mircea, 2020). Según Franceschio (2021) la realidad es “Aquello que acontece de manera verdadera o cierta, en oposición a lo que pertenece al terreno de la fantasía, la imaginación o la ilusión”

Basados en las definiciones se establece que la diferencia entre mito y realidad, radica en que el mito es un relato o idea que da una explicación fantástica o irreal y la realidad es un hecho comprobado o demostrado. El artículo tiene como propósito identificar las creencias y mitos respecto a la Lactancia Materna prolongada desde una perspectiva nutricional, precisando la evidencia científica actual y confirmar si hay o no fundamento científico que las soporte.

Así, los actores involucrados en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, tendrán información sobre algunas de las razones que pueden incidir en que su práctica no cumpla con las recomendaciones internacionales, con las consecuencias que este hecho trae sobre el bienestar nutricional de los niños.

Material es y métodos

Se trata de un estudio de tipo exploratorio basado en la búsqueda de información científica de tipo secundaria, por lo que se usó descriptores relacionados con el tema: leche materna, lactancia, nutrición, prolongada, madre. Posteriormente se realizó una búsqueda de información basada en evidencia de 40 artículos de revisión de plataformas como PubMed, Scielo, Google Scholar, Scopus, Elsevier, etc. tanto en inglés como en español. Con relación a criterios de inclusión se consideró artículos científicos en revistas médicas indexadas, ensayos, estudios aleatorizados publicados con 5 años de antigüedad, es decir desde el año 2019 hasta el 2024; los criterios de exclusión fueron artículos no concluyentes, tesis de pregrado y monografías.

Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda para identificar los estudios relevantes: “leche” “maternal”, “lactancia”, “nutrición”, prolongada, madre”. Además, se realizó una búsqueda manual en las referencias de los estudios seleccionados para identificar otros estudios relevantes.

Los estudios seleccionados se evaluaron críticamente utilizando la herramienta de evaluación de calidad metodológica. Se extrajeron los datos relevantes y se sintetizó en una revisión narrativa. Por otra parte, los datos son presentados en forma de tablas y se discutió los hallazgos claves en el contexto de la literatura existente.

Resultados y discusión

Según datos de la UNICEF a nivel mundial, sólo el 43% de los bebés menores de seis meses son amamantados de manera exclusiva. Los bebés que no reciben leche materna en absoluto tienen 14 veces más probabilidades de morir que aquellos que se alimentan sólo con leche materna. Cualquier cantidad de leche materna reduce el riesgo de morir del niño. Los bebés que no reciben nada de leche materna tienen 7 veces más posibilidades de morir a causa de infecciones que aquellos que recibieron por lo menos algo de leche materna durante sus seis primeros meses de vida.

Por otro lado, en 2020 según la OMS la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida en América Latina y el Caribe era del 37,3%, por debajo del promedio mundial de 43,8%. Mesoamérica ha hecho un progreso significativo en este sentido, pasando del 21,6% en 2012 al 31,9% en 2020. Aunque se trata de una mejora, este porcentaje más reciente sigue estando muy por debajo del promedio mundial de 44%, y aún más lejos de las metas de la Asamblea Mundial de la Salud y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (50 y 70%, respectivamente). En el Caribe, en cambio, la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida disminuyó entre 2012 y 2020, hasta una tasa del 27,3%. En Sudamérica, la tasa se acercó más al promedio mundial, con un 42%. (FAO, 2022, p. 12).

No obstante, lo señalado, según la encuesta de Ensanut-2018 el 62,1% de los niños y niñas ecuatorianos menores de 6 meses tuvieron lactancia materna exclusiva. En relación con la lactancia materna prolongada o continua según la Ensanut 2018, indica que cuando los niños alcanzan los 2 años, únicamente el 18,9% recibió lactancia materna en forma continua. Considerando que la recomendación de la OMS es mantener la lactancia materna continua hasta los 2 años, esta proporción es bastante baja, pues apenas un quinto de los niños continúa con esta práctica (MSP, 2018, p.9)

De acuerdo al Boletín Estadístico 1 sobre la Lactancia Materna, la lactancia materna se encuentra amparada en las siguientes normativas que se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 1. Normativas que amparan la Lactancia Materna.

Normativa	Sustentos
Convención sobre los Derechos del Niño	Dispone en su artículo 24, acápite e: “Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos”.
Constitución de la República	En su artículo 43 dispone la protección y el derecho que tienen las mujeres

del Ecuador.	embarazadas, las madres en período de lactancia, con el fin de salvaguardar su seguridad.
Código de la Niñez y Adolescencia.	En su artículo 24 establece que niño y niña, “(...) tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo.” y con obligatoriedad, los establecimientos de salud públicos y privados deben desarrollar programas con el propósito de estimular, promover e impulsar la lactancia materna.
Ley Orgánica de Salud.	En su artículo 17 dispone a que, “(...) la autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad”.
Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna	En su artículo 1 establece que: “La lactancia materna es un derecho natural del niño y constituye el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo”.

Por otro lado, la Lactancia Materna exclusiva puede definirse como “alimentar al niño/a, sólo con leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, recomiendan que la Lactancia Materna exclusiva, se mantenga durante los primeros seis meses de vida, se inicie en la primera hora de vida después del parto, que sea a libre demanda y se evite el uso de fórmulas infantiles; a partir de los 6 meses de edad de manera progresiva incorporar en la alimentación nuevos alimentos, y continuar con la lactancia materna hasta los 2 años o más” (UNICEF, 2020, p.4)

La nutrición durante la infancia es uno de los pilares más importantes para la salud y calidad de vida de la población. En el siguiente cuadro se podrá comparar los beneficios y desventajas más importantes de la leche materna humana y la leche de fórmula:

Tabla 2. Beneficios y desventajas de la leche humana y leche en fórmula.

Leche materna	
La leche materna es el alimento ideal y natural que se adapta a las necesidades del bebé y que aporta todos los nutrientes y anticuerpos que lo mantendrán sano, sin olvidar que le permitirá crear un fuerte lazo afectivo con la madre.	Beneficios <ul style="list-style-type: none"> • Tiene anticuerpos que protegen de enfermedades prevalentes en la infancia como: diarrea, alergias, asma y las infecciones respiratorias. • Disminuye el riesgo de desnutrición infantil. • Reduce de 1.5 a 5 veces el riesgo de muerte súbita • Contiene los nutrientes necesarios para su óptimo crecimiento y desarrollo. • Tiene la mejor biodisponibilidad de micronutrientes como: hierro, calcio, magnesio y zinc. • Favorece el desarrollo emocional e intelectual y previene problemas de salud mental a futuro.
Leche en fórmula	

La leche de fórmula es un sustituto artificial de la leche materna que suele producirse a partir de la leche de vaca. Esta leche se realiza imitando lo más posible a la leche materna, por lo que contiene muchas vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales

Beneficios

Permite la lactancia participativa ya que el bebé no sólo depende de la madre para alimentarse y otro progenitor u otra persona puede alimentarlo.

Desventajas

- Causa estreñimiento y cólicos.
- Causa síndrome de confusión en tu bebe y desalienta la lactancia.
- Causa malformación de sus dientes.
- Mayor riesgo de que tú bebé padezca obesidad, diabetes mellitus, presión arterial alta en etapas posteriores.
- Mayor gasto familiar.

El inicio de los alimentos sólidos implica un período de transición entre la alimentación líquida (leche materna) y la alimentación característica del resto de la vida (principalmente sólida). La edad a la que se inicia esta alimentación es una etapa especialmente sensible en el desarrollo del lactante ya que, como señala la guía para la alimentación del lactante y niño pequeño de la OMS/UNICEF, los primeros 2 o 3 años de la vida son los más cruciales para un desarrollo físico y mental normales y los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida afectan no sólo al desarrollo físico, sino también al sistema inmunitario, al desarrollo intelectual y emocional. (UNICEF, 2020, p.10)

De manera particular, hay que tener en cuenta la maduración física y de los diferentes sistemas para considerar si el bebé está en capacidad de iniciar con alimentos distintos a la leche. Para ello se deben tener en cuenta los siguientes aspectos descritos en la siguiente tabla:

Tabla 3. Desarrollo de sistemas y su relación con el inicio de alimentación complementaria.

Maduración digestiva	La función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).
Maduración renal	A los 6 meses la filtración glomerular es del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses.
Desarrollo psicomotor	Hacia los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.
Maduración inmune	La introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmunorespuesta y los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas.

A su vez, la lactancia materna no solo está asociada a una mejor nutrición infantil, sino que además es un factor de protección para la morbi-mortalidad y el apareamiento de diversas enfermedades. Se estima que la lactancia materna exclusiva podría prevenir la muerte de hasta 823.000 niños/as anualmente (Bahl & Barros, 2018). El sobrepeso y la obesidad han tomado importancia en las últimas décadas por el incremento de las enfermedades no transmisibles en todas las edades y en todo el mundo (Huttly & Barros, 2019). Por lo que pediatras, neonatólogos, insisten en sostener la lactancia materna exclusiva los seis primeros meses de vida y con su continuidad hasta los dos años de edad.

Con todo ello y según la evidencia científica actual muestra que la conservación de la leche materna en refrigeración es posible hasta un máximo de entre 72-96 horas -según el autor consultado- desde el punto de vista de la seguridad; pero no desde el punto de vista de la calidad, que limita la conservación hasta las 24 horas con el objetivo de mantener la mayor cantidad de nutrientes invariables (Miranda, 2011).

Este hecho se relaciona, también, con el tiempo que la leche queda expuesta a temperatura ambiente durante el proceso de administración. Cuanto mayor sea este, mayor sobrecrecimiento bacteriano. Por ese motivo, siguiendo protocolos estrictos, los sistemas de alimentación deberían sustituirse tras cada toma. De este modo, los residuos acumulados no comprometen la calidad y seguridad de la nueva alimentación a administrar (Vygon, 2022).

La leche humana con un grado de acidez elevado es una leche de peor calidad al reducirse su valor nutricional como consecuencias de alteraciones en: el incremento de la osmolaridad, la disminución de su valor inmunológico, la desestabilización de su biodisponibilidad del producto fósforo-calcio, el aumento los ácidos grasos libres fácilmente oxidables o las variaciones en el sabor y olor, entre otras (Miranda, (2011) & Vygon (2022)) por lo que puede provocar en el recién nacido:

- Peor tolerancia digestiva. El aumento la osmolaridad y la acidez de la leche produce problemas relacionados con las dificultades en la digestión.
- Complicaciones en la absorción del calcio desencadenado por la desestabilización del fósforo
- Dificultades en la asimilación del alimento debido a la destrucción de las cadenas grasas de cadena larga presentes en la leche que se encargan de mielinizar el sistema nervioso.
- Incremento del riesgo de infección: Al presentar procesos digestivos más complejos y dificultades en la asimilación de alimentos, es habitual, que junto con la nutrición enteral existan, también, soportes de nutrición parenteral que pueden ser puertas para la colonización de bacterias.
- Limitaciones en la ganancia ponderal de peso a causa de la mala calidad de la leche materna, una menor disponibilidad y absorción de nutrientes (Vygon, 2022, p.13).

Ofrecer leche materna a un recién nacido prematuro o gravemente enfermo puede ser un desafío, pero usualmente esto es posible y definitivamente es una forma efectiva de mejorar la salud, crecimiento y desarrollo de un bebé.

Tanto el sobrepeso como la obesidad han sufrido un aumento significativo en la población pediátrica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad como la gran “epidemia del siglo XXI. Por otro lado, la lactancia materna previene la diabetes tipo 2 en la niñez y el sobrepeso, cuando se realiza de

forma prolongada el riesgo se reduce en un 13%, además ayuda a combatir las enfermedades no transmisibles causadas por la obesidad y en un 35% la Diabetes tipo 2.

En el estudio dirigido por Paca (2021) se encontró asociación entre la lactancia materna y la obesidad infantil en niños de 2 a 5 años en Bolivia y marginalmente en Colombia y Perú. Esta asociación mostró que la población infantil de 3 a 5 años que tuvieron lactancia materna ≥ 6 meses mostró una menor probabilidad de obesidad, estimada en el 70%, el 51% y el 29% en Bolivia, Perú y Colombia, en comparación con su contraparte que tuvo lactancia materna < 6 meses. Así mismo, esta relación tuvo la misma dirección, pero en una asociación marginal, para la asociación de lactancia materna y sobrepeso.

De la misma manera, en relación de la lactancia materna y factores de riesgo cardiovascular (lípidos séricos y presión arterial) parece tener un efecto protector sobre el riesgo de enfermedad cardiovascular en la vida adulta. Un metaanálisis realizado en 2003, que incluyó información de 25 estudios, encontró que el nivel total de colesterol en adultos mayores de 19 años fue -0.18 mmol/L (6.9 mg/dl) (IC 95%: -0.06 , -0.30 mmol/L; $p < 0.0001$) menor entre las personas que fueron amamantadas con leche materna en comparación con aquellas que fueron alimentadas con sucedáneos de leche materna (Owen, 2017). La posible explicación biológica para esto es que el contenido de colesterol es mayor en la leche materna comparado con el de los sucedáneos de la leche materna, ya que un alto consumo de colesterol en la infancia puede tener un efecto benéfico en la programación a largo plazo de la síntesis endógena de colesterol regulando a la hidroximetilglutaril- coenzima A (HMG-CoA) (Owen, 2017,p.21).

En Japón en el 2014, Ikeda et. al. llevaron a cabo un estudio para determinar la relación entre el tipo de alimentación en la edad temprana y el desarrollo de factores de riesgo para síndrome metabólico y la sensibilidad a la insulina en infantes pretérmino. Las comparaciones se realizaron entre quienes fueron alimentados exclusivamente con leche materna y quienes recibieron lactancia materna de manera parcial. La sensibilidad a la insulina fue mayor en los infantes alimentados exclusivamente con leche materna, en comparación con quienes fueron alimentados de manera parcial. No se encontró ninguna diferencia en los niveles de colesterol total y apolipoproteínas de alta densidad (HDL) entre los dos grupos, pero si en las concentraciones de LDL ya que fueron mayores en los infantes que recibieron leche materna de manera parcial (Ikeda, Shoji, Murano, Smith, & Cook, 2018).

Para ello se creó el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la leche materna, “El Código es un conjunto de recomendaciones dirigidas a regular la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas” (OMS, 2017, p.22). Con el Código se pretende “proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución” (OMS, 2017, p.22).

Dicho código aboga por la lactancia materna exclusiva, pero de no ser el caso, vela por que los lactantes se alimenten de forma segura con la mejor alternativa nutricional. Es decir, que los respalda como método emergente; pero no los promueve como sustituto de la lactancia materna.

El Código es uno de los elementos más necesarios para establecer condiciones generales que permitan que las madres, basándose en información imparcial y sin influencias comerciales, tomen las decisiones más acertadas acerca de la alimentación de los niños y reciban el pleno apoyo que necesitan. La comercialización indebida de los productos alimenticios que compiten con la lactancia materna suele afectar negativamente a la decisión de una madre de amamantar a su lactante de manera óptima. Dada la especial vulnerabilidad de los lactantes y los riesgos inherentes a las prácticas de alimentación inadecuadas, las prácticas habituales de comercialización no son apropiadas para estos productos.

Las prácticas de comercialización trascienden cada vez más los lugares habituales como las tiendas y los establecimientos de salud privados, las redes sociales y los sitios web sobre el embarazo y la maternidad, que son cada vez más numerosos y populares, suelen ser nuevos puntos no regulados que los fabricantes y distribuidores aprovechan para comercializar sus productos.

A pesar de la continua amenaza que representan las prácticas de comercialización indebidas para los esfuerzos por mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva y continuada, todavía son pocos los países que han adoptado medidas jurídicas integrales para regular estas prácticas. En el 2014, sólo 39 de los 194 Estados Miembros de la OMS habían promulgado la legislación que reflejaba plenamente el Código y las posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.

Además, muy pocos países cuentan con mecanismos operativos para vigilar y hacer cumplir las leyes y reglamentos relacionados con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna. Todavía queda mucho por hacer para poner fin a la comercialización indebida de los sucedáneos de la leche materna.

Existen mitos y realidades o verdades sobre la aplicación de la Lactancia Materna, difiere entre países, regiones, cultura, religiones, etc. es importante revisar algunas de ellas e investigar su evidencia de manera científica. Después del análisis realizado se puede apreciar en la siguiente tabla los principales mitos y verdades en torno a la lactancia materna:

Tabla 4. Mitos y realidades de la lactancia materna.

Nº	Mitos	Realidades/ Verdades
1	No todas las mujeres pueden amamantar	Es muy excepcional que una mujer no esté en condiciones de amamantar. Si la lactancia fracasa, muchas veces es porque no se tuvo el apoyo necesario.
2	El calostro no alcanza para satisfacer al bebé	El estómago del bebé al nacer y durante sus primeros días es muy pequeño por lo que el calostro se ajusta perfectamente a sus necesidades.
3	Mi leche es mala y no sirve	Las leches malas no existen. No hay que dudar de la calidad de la leche materna. Está especialmente diseñada por cada mujer para cada bebé y se adapta a sus necesidades a medida que crece.
4	Hay que dar de mamar cada tres horas y 10 minutos de cada pecho	Cada bebé y cada mujer son diferentes. Algún bebé pedirá más seguido y hay que respetar su demanda y podrá estar menos o más tiempo en el pecho. Seguir su ritmo es lo que ayudará a regular la cantidad de leche que necesite.
5	Mi leche es aguada	La leche se puede ver más aguada al principio de la toma porque tiene mayor contenido de agua para saciar la sed. Luego aumenta el contenido de grasa y al final de la toma se verá más espesa.

Lactancia materna prolongada

6	Mi leche no le alcanza	Si en algún momento la producción de leche no se adecúa a las necesidades del bebé, se aumenta la estimulación y se vacían los pechos luego de cada toma. De esta manera, se producirá más. El pecho produce la cantidad de leche en función de las demandas del bebé, siempre y cuando el número de tomas sea adecuado y la postura de succión sea correcta
7	Si tengo senos pequeños, tendré poca leche	El tamaño de los senos no tiene ninguna relación con la producción de leche, que es independiente de su medida. Las mamas están compuestas de tejido glandular (donde se produce la leche), tejido graso y tejido conectivo de soporte. El tamaño de la mama depende más de la cantidad de grasa, que del tejido glandular.
8	Dar de mamar estropea los pechos	El embarazo y la lactancia pueden cambiar la forma y el tamaño de los pechos, pero luego volverán a su estado anterior. El principal cambio del pecho se produce durante el embarazo, independientemente de que la madre dé el pecho o no. En todas las mujeres el pecho va cambiando en función de la edad, la grasa corporal y factores genéticos, aunque no den el pecho.
9	Para tener más leche hay que tomar mucho líquido	La mujer tiene que estar bien hidratada y mientras amamanta sentirá sed, pero el agua no aumenta la producción de leche. Solo lo hará la estimulación del pecho y su vaciamiento. Es recomendable que la madre siga una dieta variada y equilibrada, que beba líquido según su sed. La producción de leche de la madre no depende de la leche que tome.
10	Si estoy enferma, no puedo amamantar	Hay pocas enfermedades por las cuales la mujer no pueda amamantar. No se lo impide una gripe, por ejemplo. Algunos medicamentos no se deben consumir durante la lactancia, pero otros son seguros. Es recomendable consultar con el médico, le podrá decir si es compatible o no con la lactancia
11	No debo consumir alimentos con ajo, cebolla o picante mientras doy el pecho, porque cambia el sabor de la leche.	Los cambios en el sabor de la leche, según los alimentos ingeridos por la madre, favorecerán que el bebé acepte los nuevos sabores cuando se introduzca la alimentación complementaria
12	Los sustos, disgustos o problemas te pueden cortar la leche	De forma transitoria, en situaciones de estrés elevado, se puede dificultar la salida de la leche. En estos casos hay que poner al bebé al pecho con frecuencia, para estimular, vaciar bien el pecho y evitar que la retención de leche termine disminuyendo la producción.
13	Es normal que al momento de dar el pecho duela	Al inicio de la lactancia, hasta que se consigue una adecuada adaptación y una correcta succión, puede ser molesto. Posteriormente, si existe dolor, indica que hay algún problema (infección, mal agarre del pezón, etc.)
14	Durante la lactancia no debo realizar deporte.	El deporte y la lactancia son perfectamente compatibles y además es beneficioso para la salud de la madre. La práctica de ejercicio muy intenso de manera continuada solo es recomendable en deportistas profesionales. Se deben evitar deportes con riesgo de traumatismos en las mamas.

- | | | |
|----|---|---|
| 15 | Durante la lactancia no me puedo quedar embarazada. | Para que durante la lactancia materna no se produzca un embarazo, es necesario que se cumplan las siguientes condiciones: que el bebé sea menor de 6 meses, que solo tome pecho, con tomas frecuentes tanto de día como de noche, y que no se haya reanudado la regla después del parto. Si esto se cumple, la eficacia de la lactancia materna para prevenir el embarazo es de hasta el 98%. |
|----|---|---|

Finalmente, luego de la revisión y análisis de la información se han identificado varios mitos y realidades sobre la Lactancia Materna, lo cual es importante conocer para que los profesionales de la salud brinden información verídica y las madres en periodo de lactancia fortalezcan las prácticas de lactancia materna y eviten creer en los mitos que puede dificultar la Lactancia Materna de manera Prologada en los niños/as.

Conclusiones

La superioridad de la lactancia materna sobre cualquier otro tipo de alimento, su contenido de grasa, proteínas, componentes inmunes y biológicos activos desempeñan un papel importante en el efecto protector tanto para la salud del lactante, como de la madre.

La leche materna es inocua, limpia y contiene anticuerpos que ayudan a protegerlos contra muchas enfermedades frecuentes en la infancia. Para que los lactantes tengan un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos, la OMS recomienda iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida y mantenerla como única forma de alimentación durante los seis meses siguientes y continuar junto con alimentación complementaria hasta los dos años o más.

Es importante que las mujeres puedan alimentar a su bebé exclusivamente con leche materna desde el nacimiento, esta práctica se recomienda para todos los niños salvo cuando la madre o el bebé presenten determinados problemas de salud.

La leche materna es el alimento exclusivo del bebé durante los primeros seis meses, sin agregar aguas aromáticas, sucedáneos de la leche materna, agua glucosada u otros líquidos, etc. Además, el aumento de las tasas de lactancia materna se podría evitar casi la mitad de las enfermedades diarreicas y una tercera parte de las infecciones respiratorias en los niños de países de ingresos medianos y bajos. Los niños que son amamantados tienen menos probabilidades de presentar sobrepeso u obesidad, menor riesgo de desarrollar diabetes en etapas posteriores de la vida.

Las necesidades y requerimientos nutricionales cambian proporcionalmente de acuerdo al crecimiento del niño. De manera característica, a partir del sexto mes de vida el bebé necesita un mayor aporte energético y de algunos nutrimentos específicos, tales como: hierro, zinc, selenio, calcio y las vitaminas A y D. La leche materna luego del sexto mes puede tener menor cantidad de estos minerales y vitaminas, razón por la cual es importante aportar a través de la alimentación complementaria para cubrir sus requerimientos nutricionales y ayudar en el proceso de crecimiento y desarrollo del niño. Si la alimentación del niño no se ajusta a los requerimientos adicionales de estos nutrimentos, su crecimiento y desarrollo puede verse afectado y producir problemas de malnutrición.

Es necesario abrir nuevas líneas de investigación e intervención que permitan abordar el tema, mejorar los porcentajes de lactancia materna de manera prolongada por sus beneficios a nivel sanitario, social y económico. El promover, proteger y apoyar la lactancia materna debe ser un objetivo dentro de las políticas

públicas de salud para prevenir la morbilidad materno infantil y mejorar el estado de salud y nutrición de los niños/a.

Referencias

- Arroyo, L. (2019). Alimentación madre e hijo: el calostro, un buen inicio en la vida . ESpaña: Paidós. Obtenido de El calostro: un buen inicio en la vida. Dieta de la madre.
- Bahl, V., & Barros, A. (2018). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lactance*, 387(475-90). Obtenido de Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect.
- Barros, A., & Horton, S. (January de 2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms ando lifelong effect. . *Lancet*.
- Consejo Nacional para la Igual dad Internacional. (2020). Recuperado el 19 de 02 de 2024, de Boletín Estadístico Lactancia Materna: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/02/boletin_lactancia_materna_20feb-1.pdf
- FAO. (2022). Recuperado el 28 de 01 de 2024, de Prevalencia de la lactancia eclusiva materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida: <https://www.fao.org/3/CC2314ES/online/sofi-statistics-rlc-2022/breastfeeding-first-six-months.html>
- Franceschio, A. (11 de 2021). Notas sobre el concepto de realidad. *Humanidades* , 09(10-11).
- Huttly, V., & Barros, F. (2019). Prolonged breastfeeding and malnutrition: confounding and effect modification in a Brazilian cohort study. *Epidemiology.*, 1991(175-81).
- Ikeda, N., Shoji, H., Murano, Y., Smith, G., & Cook, D. (2018). Effects of breastfeeding on the risk factors for metabolic syndrome in preterm infants. . *J Dev Orig Health Dis*(28:1- 6).
- Miranda, M. (2011). Estabilida de la capacidad antioxidante y pH en leche humana refiferada durante 72 horas: estudio longitudinal . *SCielo*, 26.
- Mircea, E. (2020). Aspectos de mito. Barcelona : Paidós.
- MSP. (2018). Recuperado el 16 de 02 de 2024, de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT- ECU-2018 Tomo !: <https://www.salud.gob.ec/lactancia-materna-en-el-ecuador/>
- OMS. (2017). Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la leche materna . (6-25).
- Organización Mundial de la Salud. . (2019). Recuperado el 12 de 01 de 2024, de Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_30-sp.pdf
- Owen, C. (2017). Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review . *J. Nutr.*, 503s-10s(137(2)).
- Paca, A. (Noviembre de 2021). Asociaición entre lactancia materna y probabilidades de obesidad en la infancia en tres países latinoamericanos. (0213-9111).

- Sauceda, A. (2022). Cuadro comparativo Leche materna VS Leche en Fórmula . Recuperado el 17 de 02 de 2024, de Scribd: <https://es.scribd.com/document/598084429/Cuadro-Comparativo-Leche-Materna-vs-Leche-de-Formula>
- Taípe, N. (2018). Recuperado el 12 de 01 de 2024, de Los mitos. Consensos, aproximaciones y distanciamientos teóricos. : https://www.ugr.es/~pwlac/G20_16NestorGodofredo_Taípe_Campos.html
- UNICEF. (2018). Recuperado el 23 de 01 de 2024, de La impotancia de la leche materna: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/en-todo-el-mundo-77-millones-de-reci%C3%A9n-nacidos-no-reciben-leche-materna-en-su#:~:text=A%20nivel%20mundial%2C%20s%C3%B3lo%20el,alimentan%20s%C3%B3lo%20con%20leche%20materna.>
- UNICEF. (2020). Recuperado el 02 de 02 de 2024, de La leche materna es el mejor alimento para niños y niñas durante sus primeros 6 meses de vida : <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
- Vargas, M., Becerra, F., Balsero, S., & Meneses, Y. (2020). Recuperado el 13 de 01 de 2024, de Lactancia materna: mitos y verdades. : https://www.researchgate.net/publication/344458612_Lactancia_materna_mitos_y_verdades_Articulo_de_revision
- Vasco, D. (2020). El Comercio. Recuperado el 01 de 02 de 2024, de Datos alentadores semana lactancia materna: <https://www.elcomercio.com/tendencias/salud/datos-alentadores-semana-lactancia-materna.html>
- Vygon, C. (2022). Recuperado el 30 de 01 de 2024, de Leche Materna: un superalimento : <https://campusvygon.com/es/promocion-lactancia/>