

REVISIÓN

Protection and continuity of breastfeeding: evidence and a comprehensive approach

Protección y continuidad de la lactancia materna: evidencias y abordaje integral

Marcela L. Barrionuevo¹ ✉

¹Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Licenciatura en Enfermería, Rosario. Argentina.

Citar como: Barrionuevo ML. Protection and continuity of breastfeeding: evidence and a comprehensive approach. Nursing Depths Series. 2025; 4:395. <https://doi.org/10.56294/nds2025395>

Enviado: 10-07-2025

Revisado: 19-09-2025

Aceptado: 24-11-2025

Publicado: 25-11-2025

Editor: Dra. Mileydis Cruz Quevedo 

Autor para la correspondencia: Marcela L. Barrionuevo ✉

ABSTRACT

Introduction: the study exposed exclusive breastfeeding as a central public health strategy and a human right supported by international agencies. It pointed out that, although Argentina had high rates of breastfeeding initiation, continuity declined sharply due to technical, cultural, labor and social factors. She also highlighted the importance of colostrum as the first immunization, especially in premature newborns, as well as the particular challenges of adolescent motherhood, conditioned by biopsychosocial and vulnerability factors.

Development: throughout the work, public policies that had promoted breastfeeding protection were described, such as Law 26.873 and the 1000 Days Law, as well as the creation of Breastfeeding Friendly Spaces in work environments. The oropharyngeal administration of colostrum as an early immunological intervention was analyzed and strategies to promote breastfeeding in late preterm and early term newborns, who presented greater sucking difficulties and lower continuity rates, were detailed. The study also examined attitudes, beliefs and barriers affecting breastfeeding in adolescent mothers, and evidenced the impact of misinformation, unintended pregnancy and lack of socio-familial support.

Conclusions: the analysis concluded that breastfeeding should be addressed as a multidimensional practice dependent on public policies, professional support and equitable social conditions. It affirmed that continuity of breastfeeding required specialized accompaniment, community education and specific interventions for vulnerable populations, especially preterm infants and adolescents, in order to ensure its sustainability and long-term benefits.

Keywords: Exclusive Breastfeeding; Colostrum; Premature Infants; Adolescent Motherhood; Public Policies.

RESUMEN

Introducción: el estudio expuso la lactancia materna exclusiva como una estrategia central de salud pública y un derecho humano respaldado por organismos internacionales. Señaló que, aunque Argentina registraba altas tasas de inicio de lactancia, la continuidad descendía abruptamente debido a factores técnicos, culturales, laborales y sociales. Además, destacó la importancia del calostro como primera inmunización, especialmente en recién nacidos prematuros, así como los desafíos particulares de la maternidad adolescente, condicionada por factores biopsicosociales y de vulnerabilidad.

Desarrollo: a lo largo del trabajo se describieron las políticas públicas que habían impulsado la protección de la lactancia, como la Ley 26.873 y la Ley de los 1000 Días, además de la creación de Espacios Amigos de la Lactancia en entornos laborales. Se analizó la administración orofaríngea de calostro como intervención inmunológica temprana y se detallaron estrategias para favorecer el amamantamiento en recién nacidos prematuros tardíos y término precoz, quienes presentaban mayores dificultades de succión y menor tasa de continuidad. El estudio también examinó las actitudes, creencias y barreras que afectaban la lactancia en

madres adolescentes, y evidenció el impacto de la desinformación, el embarazo no intencional y la falta de apoyo sociofamiliar.

Conclusiones: el análisis concluyó que la lactancia materna debía abordarse como una práctica multidimensional dependiente de políticas públicas, apoyo profesional y condiciones sociales equitativas. Afirmó que la continuidad de la lactancia requería acompañamiento especializado, educación comunitaria e intervenciones específicas para poblaciones vulnerables, especialmente prematuros y adolescentes, con el fin de garantizar su sostenibilidad y sus beneficios a largo plazo.

Palabras clave: Lactancia Materna Exclusiva; Calostro; Prematuros; Maternidad Adolescente; Políticas Públicas.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva (LME) constituye una estrategia fundamental de salud pública, reconocida internacionalmente como la forma óptima de alimentación durante los primeros seis meses de vida. Su impacto trasciende el ámbito biológico, al promover beneficios nutricionales, inmunológicos, psicológicos y sociales tanto para el recién nacido como para la madre. La Organización Mundial de la Salud, UNICEF y otros organismos internacionales coinciden en que la lactancia materna es una práctica que debe entenderse como un derecho humano, un recurso natural y un acto de corresponsabilidad social, cuya adecuada promoción y sostenibilidad dependen no solo de la decisión individual, sino también de los sistemas de salud, las políticas públicas y los entornos familiares y laborales que la sostienen.

En Argentina, como en muchos países de la región, las tasas de inicio de lactancia son elevadas al momento del nacimiento; sin embargo, persiste una caída abrupta en la continuidad de la lactancia exclusiva durante los primeros meses, asociada principalmente a dificultades en la técnica, la falta de apoyo profesional, el retorno precoz al trabajo y la persistencia de mitos y prácticas culturales que obstaculizan su mantenimiento. En respuesta a esta realidad, el país ha avanzado en políticas de protección, como la Ley 26.873 y la Ley de los Mil Días, que promueven el establecimiento de espacios amables a la lactancia, licencias laborales más equitativas y acciones educativas orientadas a garantizar el derecho a amamantar.

En este escenario, el calostro desempeña un papel central como primera inmunización del recién nacido, especialmente en poblaciones vulnerables, como los prematuros. La administración orofaríngea de calostro, reconocida como intervención inmunológica temprana, representa una práctica innovadora capaz de reducir complicaciones graves como la enterocolitis necrotizante, la sepsis tardía y otras patologías asociadas a la prematuridad. De igual manera, los cuidados centrados en la familia, el método canguro y las estrategias de apoyo individualizado se vuelven esenciales para favorecer el establecimiento de la lactancia en recién nacidos prematuros tardíos y recién nacidos de término precoz, quienes presentan mayor riesgo de dificultades en la succión y menores tasas de continuidad de la lactancia.

Finalmente, el proceso de lactancia se vuelve aún más complejo en el contexto de la maternidad adolescente, donde factores biológicos, culturales, emocionales y socioeconómicos pueden condicionar directamente su inicio y mantenimiento. El embarazo no intencional, la falta de apoyo familiar, la vulnerabilidad social y la desinformación suelen reforzar barreras para la lactancia exclusiva, lo que demanda intervenciones específicas que integren educación, contención y capacitación desde una perspectiva integral de derechos.

En conjunto, comprender la lactancia como un fenómeno multidimensional permite fortalecer su abordaje en todos los niveles del sistema sanitario y social, con el fin de garantizar su práctica efectiva, segura y sostenible para todas las madres y sus hijos.

DESARROLLO

Lactancia materna exclusiva

Desde una perspectiva de corresponsabilidad, la lactancia materna debe entenderse como una práctica cultural y colectiva, pues tiene un gran impacto en la salud de la madre y del recién nacido, a corto y largo plazo. En este sentido, la promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida y su continuidad durante dos años constituye un derecho inherente al binomio, cuya consolidación y fortalecimiento en la sociedad requieren un compromiso con las repercusiones positivas para la salud pública a futuro.⁽¹⁾

Mantener durante el tiempo la LME, requiere no solo el apoyo de la pareja, la familia y el entorno en general, sino que también es necesario contar con el ámbito laboral y social, una vez dada el alta hospitalaria.

Se han creado espacios adecuados para el amamantamiento y la extracción de leche. En el país se cuenta con leyes y políticas públicas que garantizan el derecho a la lactancia para las madres que amamantan a sus recién nacidos. Entre ellas se encuentran la Ley N° 26.873, que promueve y protege la lactancia, y la recientemente sancionada Ley de los 1000 Días, que brinda cuidado de salud integral a gestantes durante el embarazo y en los

primeros tres años de vida de sus hijos.⁽²⁾

En muchas provincias ya se han implementado leyes que tienen mayores licencias laborales; sin embargo, resulta imprescindible continuar la gestión en los derechos que favorecen y facilitan la práctica de la LME, tal como lo indicaba el Centro de Implementación de Políticas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), para los empleados del sector público.

En este contexto, la promoción y consolidación de los “Espacios Amigos de la Lactancia”,⁽²⁾ en los entornos laborales se vuelve de vital importancia, ya que la finalización de la licencia por maternidad no necesariamente implique la finalización de esta.

En Argentina, la 2da. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2018-19) muestra que la prevalencia de lactancia al momento del nacimiento es del 96,9 % y más de la mitad de los niños (56,5 %) fue puesto por primera vez en el pecho materno durante la primera hora de nacidos. Sin embargo, a los seis meses, la lactancia exclusiva se reduce bruscamente al 43,7 %. Según datos relevados en dicho documento, 1 de cada 10 lactantes se pierden esto por motivos relacionados con el trabajo materno.

Otros datos de la Encuesta Nacional de Lactancia Materna (2017) indican que más de 23 000 casos en todo el país, la lactancia materna exclusiva se mantiene a los dos meses en 6 de cada 10 niños (58 %); a los cuatro meses en 5 de cada 10 (51 %); y a los seis meses en 4 de cada 10 niños (42 %).

La leche materna exclusiva brinda beneficios únicos para el recién nacido y la madre, debe iniciarse en la primera hora de vida del bebé, constituye una estrategia de salud pública de alto impacto ya que reduce la morbilidad y mortalidad neonatal, disminuye la incidencia de infecciones respiratorias y diarreas, reduciendo el riesgo de hospitalización, prevalencia de sobrepeso y diabetes tipo 2.⁽³⁾

También se puede decir que la lactancia materna favorece el vínculo del binomio, obviamente con efectos positivos en el neurodesarrollo infantil. Por lo tanto, debe ser aceptada no solo como una práctica en la alimentación, sino como una respuesta eficaz en salud pública que beneficiara a largo plazo y así quedó asentado en el Consenso “La Primera Hora de Vida” entre UNICEF y el Ministerio de Salud, en 2022.

Ciertamente al inicio de la lactancia pueden aparecer dificultades que requieran el abordaje adecuado del personal sanitario capacitado tanto técnicamente como profesionalmente. Asimismo, resulta necesario investigar y reconocer aquellas prácticas institucionales establecidas, para darles una nueva estructura y ajustarlas a las necesidades de las familias. De esta manera, se deben promover acciones como el contacto piel a piel y el inicio inmediato del amamantamiento después del parto, obviamente sino existen contraindicaciones médicas; donde también se debe priorizar el fortalecimiento de la libre demanda al pecho materno, para una mejora en la producción de leche. Además, es crucial la educación a las familias para garantizar la autonomía en la toma de decisiones en torno a la alimentación del recién nacido.⁽⁴⁾

Los enfoques que favorecen el bienestar materno-infantil, promoviendo las prácticas basadas en la experiencia de un modelo centrado en la familia, hacen que el equipo de salud desempeñe un papel fundamental en la implementación de estrategias donde se comparten la responsabilidad en el acompañamiento y cuidado de la madre y el recién nacido.

Para el fortalecimiento de la LME se requiere de una gran variedad de factores que deben tenerse en cuenta. Es importante que el equipo de salud comprenda tanto el deseo como las posibilidades que tiene la madre ante la lactancia, ya que cada binomio posee sus propias particularidades, resultando imprescindible reforzar la escucha activa para proporcionar un acompañamiento adecuado.

Asimismo, es clave identificar oportunamente aquellas situaciones que puedan presentarse en el período inmediato al parto, tales como depresión, temor, angustia, frustración o falta de confianza materna, ya que son factores que obstaculizan la práctica de la lactancia. También es primordial analizar el entorno familiar y social, dado que el apoyo y la contención resultan fundamentales.⁽⁴⁾

Cuando la lactancia materna es una elección propia, las probabilidades de éxito aumentan significativamente; en cambio, en la lactancia no deseada, es importante no culpabilizar y si, de alguna manera sutil promover la lactancia y acentuar la escucha activa, omitiendo juicios, pero garantizando la educación adecuada que permita a cada madre tomar una decisión respecto a la alimentación de su hijo/a. La observación en el momento de la prensión y el agarre al pecho materno resulta importante para evitar diferentes complicaciones, como dolor, grietas en el pezón, mastitis, si los profesionales de salud detectan estas complicaciones de manera temprana, se implementarían estrategias adecuadas que favorezcan la continuidad de la lactancia que prevengan su abandono precoz.⁽⁴⁾

La igualdad de derechos y oportunidades de las madres que deseen dar de lactar siempre es la mejor opción en cuanto a calidad y seguridad.

Por otro lado, la Ley 20.744 de Contrato de Trabajo, art.179, establece que toda trabajadora, madre en período de lactancia, tiene dos pausas de 30 minutos durante su jornada laboral para dar de lactar. Este derecho permanece solo por un año después del nacimiento, salvo que existan indicaciones médicas que justifiquen la prolongación de la lactancia.⁽⁵⁾

Ley N°26.873 de Lactancia Materna; Promoción y Concientización Pública, hace referencia a que si no es

posible llevar el lactante al lugar de trabajo donde se encuentra su madre, la obligación del empleador es de contar con espacios adecuados, higiénicos, cómodos, privados, que permitan la extracción y conservación segura de la leche materna.⁽⁵⁾

La lactancia materna tiene beneficios en el ámbito individual y colectivo, lo que la convierte en una responsabilidad social. Las políticas y programas, tanto a nivel mundial como nacional, han demostrado mayor eficacia en el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna mediante cuidados maternos de calidad, el acceso a licencias laborales remuneradas y la regulación de la comercialización de la leche formulada. Estas estrategias resultan fundamentales para fortalecer el derecho a la lactancia y garantizar condiciones adecuadas para su continuidad.

La leche de madre aporta múltiples beneficios nutricionales, lípidos, proteínas, carbohidratos, vitaminas, fósforo, calcio e inmunoglobulinas para el desarrollo y crecimiento del RN. La lactancia materna colabora en la recuperación del peso materno, disminuye el sangrado uterino postparto, reduce la probabilidad de cáncer de mama y de ovario, y también reduce la osteoporosis. Estimula el vínculo entre la madre/RN y colabora con la economía familiar.

Para obtener una LME duradera, los profesionales de la salud deben actualizarse mediante las recomendaciones vigentes, asumir el compromiso y la responsabilidad en las habilidades técnicas-prácticas del amamantamiento.

Inmunoterapia con calostro oral

La terapia con calostro orofaríngeo consiste en aplicar la primera leche materna, denominada, “calostro”, a cada lado de la mucosa oral. La absorción de este, durante los primeros días de vida del recién nacido, mejora el funcionamiento del sistema inmunológico a través del tejido linfático situado en la orofaringe. En el caso de que se administre por vía enteral, esto no ocurre.

El calostro suele ser un líquido espeso, amarillento, que contiene nutrientes esenciales y fundamentalmente anticuerpos maternos; es secretado por las glándulas mamarias; su producción ocurre a partir de las semanas 18-20 y se prolonga durante los primeros días posteriores al nacimiento; en algunos casos, se prolonga hasta una semana.

Esta técnica está indicada, sobre todo, en recién nacidos prematuros que pesan alrededor de 1500 gramos y/o 32 semanas gestacionales que no pueden lactar.

La administración es en la mucosa yugal, se procede a tomar 0,1 ml de calostro con una jeringa de insulina, desde el nacimiento del prematuro hasta que se disponga de él. Generalmente, la indicación más frecuente es cada tres horas, previa a la alimentación enteral. Lo más recomendable es continuar con el tratamiento durante siete días consecutivos e incluso en algunas oportunidades puede extenderse hasta el día 14, donde debiese ser fraccionado y congelado para su conservación.

Técnica de extracción manual de calostro

La Sociedad Iberoamericana de Neonatología recomienda el siguiente procedimiento:

a) Preparación y masaje:

- Realizar un masaje circular desde la base de la mama, dirigiéndolo hacia el pezón.
- Colocar la mano en forma de “C” aproximadamente a dos centímetros por detrás del pezón.
- Empujar los dedos suavemente hacia atrás, hacia las costillas.
- Apretar el pecho entre los dedos.

A. Duración y frecuencia:

- Repetir el proceso cada dos horas.

b) Recolección:

- En un recipiente adecuado, como: una jeringa de insulina, un recipiente con boca ancha, lisa y con tapa o una cuchara.

c) Identificación:

- Etiquetar el recipiente con: nombre y apellido del recién nacido, fecha y hora, letra clara.

d) Almacenamiento:

- A temperatura ambiente: cuatro horas.
- Refrigerado (2-8 °C): 5 - 8 días Congelado (-20 °C): 3 - 4 meses (ciertas enzimas y proteínas se pierden en el proceso de congelación y descongelación).

e) Administración:

- Aplicar 0,1 ml a cada lado en la mucosa yugal.
- Sí se encuentra refrigerado templar.

f) Registro y seguimiento:

- Fecha, hora y cantidad.

g) Recomendaciones:

- Podría iniciar la extracción de calostro lo más pronto posible en las primeras dos horas de vida del recién nacido.
- Antes de las seis horas postparto.

Beneficios de la administración precoz del calostro

- Menos gastos hospitalarios.
- Menor tiempo de alimentación enteral.
- Beneficios contra: enterocolitis necrotizante, sepsis tardía, neumonía asociada a la ventilación mecánica.
- Inclusión de la familia.
- Establecimiento de la lactancia materna.
- Empoderamiento de la familia en el cuidado (previa educación).
- La pareja es una figura clave para el éxito de la práctica, brindando un apoyo fundamental a la madre.
- La participación en el cuidado reduce el estrés y la ansiedad.

Lactancia materna en el recién nacido prematuro tardío y en el recién nacido término precoz

El recién nacido prematuro tardío nace entre la semana 34 y la 36 de gestación siendo relativamente inmaduros y vulnerables, presentando riesgos de morbilidad teniendo que sobrellevar a menudo problemas relacionados con hipotermia, hipoglucemia, eliminación tardía de líquido pulmonar, dificultad respiratoria, ictericia, sepsis, etc. Algunos de estos riesgos están relacionados directamente con la dificultad de amamantarse en una asistencia intrahospitalaria, predisponiendo a las madres a una producción deficiente de leche.

El abandono de la lactancia o la mala implementación de la técnica puede generar en recién nacido hipoglucemias, hiperbilirrubinemia, falta de crecimiento, hipernatremia y/o deshidratación, motivo que provoca gran preocupación en el sistema de atención médica afectando directamente la autoconfianza de las madres en la capacidad de amamantamiento.

Si bien la succión es un atributo que el feto desarrolla desde la vida intrauterina, este reflejo innato fundamental para la supervivencia es el que le permite garantizar la alimentación, de forma efectiva desde su nacimiento, además, genera confort, promueve el estado de alerta, le permite la exploración, es por eso que en las unidades de cuidados intensivos neonatales es de suma importancia la gestión del cuidado de estos RN internados orientados hacia la lactancia materna exclusiva.

Dificultades en la lactancia

Promover y apoyar la lactancia involucra un gran desafío en las acciones y en las estrategias a implementar. La lactancia puede ser más difícil para algunos bebés, evidenciando signos de amamantamiento ineficaz por su condición de recién nacido pretérmino, menor tiempo de alerta, tono muscular que aún no se ha desarrollado como en el de los recién nacidos a término, dificultad para el agarre al pecho, ya sea por la relación del tamaño boca/pezón, por dificultad en la coordinación succión/deglución/respiración.

Otra de las dificultades frecuentemente avistadas, denotan que las madres precisen algún tipo de asistencia postparto y se vea demorado el inicio de la lactancia.

Los RNPT tienen períodos de somnolencia y sueño más largos, produciendo en las madres una falsa percepción, donde asumen que la succión del bebé fue la adecuada para una ingesta suficiente y que no tiene hambre, esto podría causar descenso de peso, desnutrición, hipoglucemias, deshidratación e hiperbilirrubinemia. Generalmente esto ocurre en madres primerizas.

Los RNPT son una población que tienen un mayor riesgo de lactancia de corta duración. Esto se debe a que son menos maduros fisiológicamente y metabólicamente que los RNT y tienen mayor riesgo de morbilidad, como mencionamos anteriormente.

Por otra parte, el alta hospitalaria comúnmente se dispone antes de que la lactancia este establecida completamente, cosa que no garantiza una LME exitosa, ocasionalmente los padres no cuentan con los conocimientos y el apoyo apropiado para el mantenimiento y la instauración de la lactancia garantizada.

En un trabajo que describe la evaluación de un protocolo de apoyo a la lactancia materna en recién nacidos pretérmino realizado en el Hospital Joan XXIII de Tarragona mediante el seguimiento de más de 100 de estos RNPT, los autores encontraron cuatro valoraciones en la forma de amamantar:

- Aquellos que no se agarran al pecho ni succionan.
- Aquellos que tienen escasas succiones superficiales y se duermen.

- Aquellos que realizan succiones profundas con patrón inmaduro.
- Aquellos que succionan como si fuesen RNT.

Se exponen de esta manera dos situaciones, donde se detallan los recién nacidos que realizan tomas ineficientes que requieren suplementos y los recién nacidos que realizan tomas eficaces. Por lo tanto, es de suma importancia brindar apoyo adicional para el establecimiento y la implementación de lactancia materna.

Estrategias y abordaje

Educar a las madres y apoyarlas en esta etapa es crucial, se deben tener pautas específicas y diferentes en lo que respecta a los RNT. Para el manejo correcto del amamantamiento se debe:

- Preservar el abastecimiento de leche materna.
- Garantizar el aporte adecuado de nutrientes.
- Brindar apoyo y contención a la familia hasta que el bebé pueda amamantarse por sí solo.

Desde hace unos años, organismos nacionales e internacionales han documentado a través de recomendaciones como realizar el manejo de la alimentación de este grupo de RNPT, la Sociedad Española de Neonatología (SENEO), la academia Americana de Medicina de la Lactancia (AMB), el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición (ESPGAN), la IHAN internacional (BFHI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tomando como referencia estos documentos, y teniendo en cuenta las consideraciones descriptas sobre las dificultades para el establecimiento de la lactancia en los RNPT, a continuación, se recopilan y detallan las prácticas que facilitan la instauración de una lactancia materna eficaz en este grupo de niños.

Prácticas y estrategias que favorecen la lactancia materna

- En el parto, facilitar el contacto piel a piel, colocando de manera inmediata al RN sobre el pecho de su madre, si clínicamente ambos se encuentran estables, esto permite el agarre temprano al pecho materno.
 - Favorecer el apego precoz e ininterrumpido, evitando el alejamiento del RN de su madre.
- En caso de separación madre-hijo por motivos necesarios, iniciar de manera precoz la extracción de calostro y proporcionar educación y apoyo adecuados a la madre.
 - Valorar si estamos frente a un RNPT o RNT.
 - Valorar frecuentemente constantes y también el peso; donde la pérdida mayor al 3 % en las primeras 24 hs al nacimiento y un 7 % posterior a los tres días de nacido, nos dará cuenta si es necesario intensificar la lactancia, por otra parte, la coloración de la piel, el número de micciones y de deposiciones nos aportaran información acerca de la ingesta de leche.
- Educar a la madre con respecto al RNPT, sobre sus expectativas, las posibles dificultades, por ejemplo, los estadios de sueño/alerta, donde despertar a un RNPT generalmente es dificultoso y cuando esto se logra, se duerme rápidamente:
 - Cuáles son las señales de hambre, duración del tiempo entre tomas, etc.
 - Educar, en lo que respecta a “libre demanda” en lactancia.
- En el servicio de neonatología y aunque no sea posible la prensión al pecho, animar a la madre a efectuar extracciones frecuentes de calostro, para asegurar la producción de leche a futuro.
 - Es fundamental valorar la succión y documentarla.
 - Si es necesario suplementar, siempre como primera opción se utilizará leche de madre por extracción.
- Dentro de los métodos de administración, se evitará la tetina utilizando en su lugar, cucharita, vasito, etc.
 - En caso de administración por sonda nasogástrica, se recurrirá a la técnica madre canguro que facilita la búsqueda del pecho del bebe y la estimulación a la producción de leche por parte materna.
- Valorar la postura durante el amamantamiento para facilitar el agarre del pecho, mediante la optimización de recursos como la almohada en forma de C, que brinda apoyo y confort.
 - Valorar y registrar el número de deposiciones y diuresis, que aportan datos sobre la ingesta real de leche.
- Control de peso e hidratación.
- Utilizar, de manera transitoria, pezoneras siliconadas para favorecer la prensión.
- Educar para garantizar el control pediátrico 48 hs post alta hospitalaria.
- Valorar el estado de las mamas.
- Valorar signos de hambre.
- Fortalecer la confianza materna, dar apoyo, animar.

- Recomendar el método canguro ya que no solo estimula la lactancia, sino que también fomenta el bienestar del bebé y ambos padres.

Planificar el alta

La educación previa al alta sirve para reconocer de manera oportuna, inmediata y rápida todo signo de alarma, como, por ejemplo, irritabilidad, letargia, ictericia, deshidratación, inestabilidad térmica, pérdida de peso.

Seguimiento

La coordinación del hospital y el centro de salud más cercano a su domicilio, para asegurar la continuidad de la LME y el cuidado del recién nacido brindando apoyo a la familia.⁽⁶⁾

Actitudes y conocimientos hacia la lactancia materna en madres adolescentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que la lactancia materna exclusiva debe comenzar desde la primera hora de vida hasta los seis meses del RN, período después del cual comenzara a alimentarse con otros tipos de alimentos.⁽¹⁾

El fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) también hace referencia a la alimentación exclusiva a través del pecho materno durante el mismo período, detallando las implicancias tanto para la madre como para el RN, en beneficios psicológicos, emocionales, nutricionales e inmunológicos. También detalla la reducción de gastos familiares.⁽⁷⁾

Conforme a lo establecido por Krech y Crutchfield las actitudes comprenden los procesos motivaciones que explican porque las madres actúan de determinada manera frente a la lactancia y el RN en su accionar.

De acuerdo con López y Fuentes las actitudes negativas hacia la lactancia materna se incluye el rechazo a la lactancia exclusiva. Algunas madres creen que amamantar podría generarles aumento del apetito y con ello aumento de peso a futuro, también afectar la forma de sus senos, provocar una pérdida de calcio en sus huevos y provocar la pérdida de sus dientes.

De la misma manera, Villacis et al. señalan que la causa más común es la falta de producción láctea, el rechazo al pecho materno por parte del recién nacido, enfermedad materna, actividad laboral materna.

Factores de riesgo para el abandono de la lactancia exclusiva y su promoción

Según la Organización Panamericana de la Salud, los obstáculos más documentados al momento abarcan: la percepción de escasa producción de leche, falta de confianza materna en su rol, la recomendación de fórmulas lácteas o el exceso de publicidad con fórmulas mágicas de super alimentación para el RN y su fácil acceso, la inexistencia de lugares apropiados para la extracción de leche en el ámbito laboral y políticas que respalden el cumplimiento de la norma del cuidado materno.

Prácticas de lactancia materna en las unidades neonatales

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al nacimiento y a la Lactancia en las unidades neonatales, lleva a cabo las buenas prácticas de LME en la población más vulnerable, que ha requerido del cuidado de las unidades neonatales y con ello, lo que conlleva la separación del binomio, motivo por el cual se definieron, “tres principios básicos y los diez pasos para una lactancia exitosa”, dentro de estas unidades. Los tres principios básicos:

- Las actitudes de los profesionales deben centrarse de manera particular en la madre y su situación actual.
- La institución hospitalaria debe ofrecer un entorno amigable, seguro, brindando cuidados centrados en la familia.
- El sistema de salud debe garantizar el seguimiento continuo desde el embarazo hasta el alta del recién nacido.

Los 10 pasos para una lactancia exclusiva exitosa:

- Protocolizar el cuidado de la lactancia exclusiva.
- Instruir, capacitar e promover prácticas específicas sobre lactancia exclusiva.
- Educar a las embarazadas hospitalizadas sobre la importancia de la lactancia y el amamantamiento en caso de parto prematuro.
- Promover el contacto piel a piel entre el binomio mediante el método canguro.
- Comenzar la lactancia y el amamantamiento ni bien el RN se encuentre estable.
- No facilitar leches formuladas, salvo por indicación médica.
- Favorecer las unidades neonatales abiertas.
- Promover la lactancia a libre demanda.

- Sólo utilizar biberón, chupetes y pezoneras en circunstancias justificadas.
- Educar a los padres en la importancia de la continuidad de la lactancia materna exclusiva tras el alta hospitalaria.

Cuidados orientados a favorecer la lactancia en neonatos

En la vida intrauterina el feto utiliza el reflejo involuntario de la succión; al nacer el RN es capaz de succionar para alimentarse por sus propios medios del pecho materno.

La succión no nutritiva, la motivación a la extracción del calostro, fortalece el vínculo del binomio y la transición a la lactancia exclusiva; de aquí la importancia de las residencias de madre, el lactario y el equipamiento necesario para la extracción diaria de leche.

Durante la permanencia en la sala de neonatología existen alternancias en cuanto a la producción de leche vinculadas al estado de salud del RN, preocupaciones obvias maternas, cansancio, estrés.

El COPAP como mencionamos anteriormente, además de facilitar el apego, estimula el reflejo de succión, algunos lamen el pezón materno iniciando la alimentación no nutritiva y otros con el estímulo táctil y olfativo comienzan con la succión al pecho materno.

Concepto de adolescencia

La adolescencia es una etapa donde el ser humano experimenta importantes cambios a nivel biológico, psicológico, emocional y social. Es un período crítico, donde se busca consolidar la identidad, tanto mental como sexual; aparecen las relaciones amorosas, se forjan los valores, las creencias, tiene sentido firme la propia individualidad, la autoestima. Las decisiones son basadas en ideales; aparecen los proyectos de vida, las ilusiones; donde lo social juega gran importancia.

La adolescencia proviene del latín “adoleceré”, que significa crecer para alcanzar la madurez. Existen muchas y variadas formas de definir a la adolescencia.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud divide la adolescencia en:

- Adolescencia temprana que abarca desde los 10 años hasta los 14 años.
- Adolescencia tardía desde los 15 años hasta los 19 años.

Desarrollo de la adolescencia

La pubertad, período de cambios físicos y hormonales marca el inicio de la transición de la niñez a la adultez, este se extiende aproximadamente entre 12 y los 21 años.

Desde lo sociológico podemos decir que al formar parte de la sociedad comienzan los derechos y con ello las responsabilidades en su conjunto.

Influencia de los estilos de vida

En las últimas décadas se han experimentado muchas transformaciones en la sociedad haciendo que esto repercuta directamente sobre la salud y las oportunidades de los adolescentes. De la misma manera, los cambios sociales, culturales y la evolución poblacional hacen que los estilos de vida de los jóvenes se vean influenciados por la comunicación.

Condiciones de las madres adolescentes

Esta etapa se caracteriza por una activa vida social, el disfrute de eventos, fiestas, el compartir con sus pares; por lo que la maternidad temprana genera frustración durante los primeros meses de vida del recién nacido que justamente requiere de cuidados permanentes.

La adolescencia vista como un acontecimiento biológico inicia con la madurez sexual y termina con la integración a su medio social.

Ante la situación del embarazo en la adolescencia se debe orientar hacia la concientización de la nueva situación y sus nuevas responsabilidades.

Las situaciones de embarazo, maternidad temprana, lactancia, pueden generarse en la adolescente cambios emocionales que alteren su autoestima provocando depresión, estados de vulnerabilidad.

Por otro lado, el bienestar psicológico del adolescente dado por la satisfacción personal asociadas a “una experiencia emocionalmente positiva”, a pesar de un embarazo no deseado, acompaña el hecho de convivir con el futuro padre.

Promoción de la salud

La promoción de la salud confronta cambios sociales y dificultades en lo que refiere a desigualdades de oportunidades para los adolescentes, en salud, educación, recreación, trabajo y responsabilidades.

La OMS tiene como objetivo el bienestar y el desarrollo de los individuos, en particular mediante intervenciones explícitamente dirigidas a los adolescentes, forjando cambios de hábitos higiénicos, estilos de

vida; concientización sobre aquellas conductas de riesgo, fortaleciendo el autocuidado.⁽⁸⁾

Factores de vulnerabilidad y riesgo

El adolescente trae consigo experiencias, conocimientos y actitudes vividas de su familia, que pueden ser de afecto o de rechazo. El abandono del hogar, debido a situaciones intolerables, abusivas, familias disfuncionales, lo expone a conductas de riesgo. El abandono escolar los margina de la sociedad, los deja sin protección, sin normas elementales, en desamparo y expuestos a riesgos potenciales que conducen a la larga a delincuencia, abuso, maltrato, drogadicción, alcoholismo, tabaquismo, violencia, promiscuidad sexual.⁽⁹⁾

Embarazo no intencional en la adolescencia.

El embarazo adolescente trae también por su parte aparejado la maternidad temprana y con ello situaciones de desigualdad económica, discriminación, pobreza, más exclusión social, comprometiendo primeramente la salud de la gestante, del niño/niña por nacer y secundariamente; la educación de ambos padres y las oportunidades laborales de éstos.

Argentina presenta el bono demográfico debilitado, puesto que consta con una tasa específica de fecundidad adolescente alta, afectando el desarrollo económico/social del país y la región. Esto es debido a que cada vez, más mujeres adultas retrasan su maternidad, dejando a la vista una mayor proporción de embarazos adolescentes, esto demostrado en diferentes estudios realizados. Desde este punto de vista, no solo se ve perjudicado la situación económica de un país o de una región sino también se observa la inequidad social y de género que involucra la vulnerabilidad de los derechos humanos de las madres adolescentes.

El embarazo no intencional, es aquel que sucede de manera inesperada e inoportuna, se produce sin el deseo o la planificación previa, ante la ausencia o el fallo de los anticonceptivos, ante la ineffectividad de los métodos de anticoncepción de emergencia; entre otras multiplicidades de dimensiones, todo esto tiene un fuerte impacto negativo sobre la calidad de vida de las madres adolescentes.

En lo que respecta a la deserción escolar, afecta a futuro la posibilidad de inserción al mercado laboral con acceso a empleos bien remunerados, generando inseguridad económica, pobreza.

De igual manera, el EA y la MT, afectan al sistema público de salud del Estado, ya que la atención sanitaria, ocurre no solo a los embarazos adolescentes, sino también a sus hijos/hijas ya que pueden presentar mayores riesgos y complicaciones asociadas a la edad materna.

Según el ministerio de salud de la Nación en el año 2020 en Argentina se observó que 43 210 mujeres menores de 20 años fueron madres durante la adolescencia, un promedio de cinco cada hora, siendo 84 768 adolescentes en etapa temprana.^(10,11)

El embarazo adolescente a nivel mundial

Cada año, 21 millones de niñas y adolescentes de entre 15 y 19 años que viven en regiones del mundo en desarrollo quedan embarazadas. A escala global, la tasa de nacimientos en la adolescencia (de edades comprendidas entre 15 y 19 años) ha disminuido de 64,5 nacimientos por cada 1 000 mujeres en 2000, a 41,3 por cada mil en 2023.^(12,13)

El embarazo adolescente y la maternidad temprana constituyen la tasa específica de fecundidad adolescente que se divide en:

- A. Tasa específica de fecundidad en adolescentes tempranos de 10 a 14 años.
- B. Tasa específica de fecundidad en adolescentes tardíos de 15 a 19 años.⁽¹⁾

Los factores biopsicosociales que obstaculizan y/o favorecen la lactancia en particular en este grupo etario. Los motivos de abandono de la lactancia son multifactoriales, depende de las características de la adolescente que asume primeramente el embarazo o no y luego la maternidad.⁽¹⁴⁾

- Determinantes biológicos, salud materna.
- Escasa producción de leche; creencia errónea de que no se produce leche de calidad adecuada.
- Características psicológicas, como los sentimientos, las emociones y el instinto, que revelan la predisposición a lactar materna.
- La actitud positiva de la madre favorece la lactancia materna.
- Identidad cultural, el vínculo existente entre la etnia y las prácticas de lactancia depende de la concepción materna.
- Apoyo sociofamiliar, puede brindar colaboración con la práctica exclusiva de lactancia.
- Motivación, determinada por el vínculo amoroso entre madre y recién nacido.
- Dinámica familiar, es de suma importancia ya que la forma en la que se vinculan emocionalmente, la capacidad de adaptarse al nuevo integrante y la comunicación permite identificar fortalezas y debilidades, ayudando a mejorarlas.
- Condiciones sociales, interacción social tiende a acortar la lactancia exclusiva.

- Elemento cultural, las creencias, valores, comportamientos y los estilos de vida determinan el accionar de la madre adolescente.
- Comunidad educativa, el nivel de escolaridad.
- Conocimientos, pocos o inadecuados de lactancia exclusiva.
- Situación económica, es un factor determinante puesto que las madres adolescentes no cuentan con los medios económicos, ni las facilidades para dar de lactar durante un tiempo prolongado.
- Costumbres, la cultura que se transmite de generación en generación, son el principal referente para las madres adolescentes primerizas.
- Pobreza, al presentarse la maternidad temprana en la adolescencia, suele suceder que ciertas obligaciones maternas lleven al descuido del RN.
- Creencias y mitos heredados por familiares.
- Violencia intrafamiliar es una forma de impedimento para que la madre adolescente no cuente con un espacio de tranquilidad para dar de lactar a su hijo.
- Consumismo, consiste en dar leche de fórmula.

Preparación de las madres primerizas para el cuidado efectivo del recién nacido

El cuidado y la sobrevivencia de los recién nacidos dependen del compromiso de cada madre. Su éxito se basa, en gran medida, en brindar cuidado adecuado, favoreciendo la calidad de vida y contribuyendo a reducir la tasa de mortalidad infantil.⁽¹⁵⁾

Generalmente las madres adolescentes primerizas en etapa tardía manifiestan temor, poca información detallada acerca de cómo preparar y cuidar el pezón, como aumentar la producción de leche, qué importancia tiene el calostro, la lactancia materna exclusiva, el estímulo del COPAP, cada cuanto tienen que dar de lactar y en tiempo, técnicas de amamantamiento, signos de alarma, prevención de enfermedades y riesgo de muerte súbita del RN.⁽¹⁶⁾

CONCLUSIONES

La lactancia materna exclusiva representa una estrategia esencial e insustituible en la promoción de la salud materno-infantil, con efectos documentados a corto y largo plazo tanto en el recién nacido como en la madre, y con repercusiones directas en la salud pública. Su relevancia radica no solo en sus beneficios nutricionales e inmunológicos, sino también en su impacto emocional, vincular, económico y sociocultural. Sin embargo, para que su práctica se consolide, resulta imprescindible comprender que no es un acto exclusivamente individual, sino un fenómeno profundamente condicionado por determinantes sociales, condiciones institucionales, estructuras familiares, políticas públicas y marcos culturales que la facilitan o la obstaculizan.

En Argentina, los avances legislativos como la Ley 26.873, la Ley de los 1000 Días y las disposiciones de la Ley de Contrato de Trabajo dan cuenta de un creciente compromiso estatal para garantizar el derecho a lactar, especialmente mediante la creación de espacios amigos de la lactancia, licencias extendidas y acompañamiento profesional. No obstante, los datos continúan reflejando una caída abrupta en la continuidad de la lactancia exclusiva después de los primeros meses, lo que confirma la necesidad de fortalecer el apoyo postalta, la capacitación de equipos de salud y la intervención en entornos laborales y comunitarios.

La evidencia demuestra que los grupos más vulnerables —como los recién nacidos prematuros, los recién nacidos término precoz y las madres adolescentes— requieren intervenciones específicas e interdisciplinarias que integren tecnología del cuidado, apoyo emocional, acompañamiento individualizado y educación familiar. Estrategias como el contacto piel a piel, el método canguro, la administración orofaríngea de calostro y el trabajo bajo un modelo centrado en la familia han demostrado mejorar indicadores de salud, promover el vínculo y favorecer la continuidad de la lactancia materna. En este contexto, el calostro adquiere un valor inmunológico y terapéutico extraordinario, especialmente en neonatos de alto riesgo.

La maternidad adolescente plantea desafíos adicionales que no pueden ser desestimados. La construcción de actitudes positivas hacia la lactancia depende de múltiples factores biopsicosociales, como el nivel educativo, los mitos culturales, la autoestima, la dinámica familiar y la situación socioeconómica. La falta de apoyo y las desigualdades sociales aumentan la probabilidad de abandono temprano de la lactancia, por lo que se requieren políticas diferenciadas, educación integral en salud sexual y reproductiva, acompañamiento interdisciplinario y espacios de contención.

En síntesis, garantizar la lactancia materna exclusiva implica trascender el plano biológico para abordarla como una práctica socialmente construida, sostenida por derechos, políticas, evidencia científica y una perspectiva de equidad. Promoverla es invertir en salud, desarrollo y justicia social, asegurando que cada madre, sin importar su contexto, pueda ejercer su derecho a amamantar y cada niño su derecho a recibir leche materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Invertir en la lactancia materna es invertir en el futuro. 2025.

Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/world-breastfeeding-week/2025>

2. Ministerio de Salud (Argentina). Espacio amigo de la lactancia. 2024. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/espacio-amigo-de-la-lactancia-1>

3. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). La hora dorada: la lactancia materna y sus beneficios para toda la vida. 2024. Disponible en: <https://www.figo.org/es/blog/la-hora-dorada-la-lactancia-materna-y-sus-beneficios-para-toda-la-vida>

4. Ministerio de Salud Argentina; UNICEF. Consenso La Primera Hora de Vida. 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/16066/file/La%20primera%20hora%20de%20vida.pdf>

5. InfoLEG. Ley N° 26.873. Decreto 22/2015. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/240000-244999/240799/norma.htm>

6. Lalaguna Mallada P, San Feliciano Martín L, Gómez Papí A. Lactancia materna en el recién nacido prematuro tardío y en el recién nacido término precoz. *Rev Lactancia Materna*. 2023;1(1):1-16. Disponible en: <https://revistas.usal.es/cinco/index.php/lamater/article/view/31140/30334>

7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Lactancia materna. 2021. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>

8. Organización Mundial de la Salud. Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en los centros que prestan servicios de maternidad y neonatología. 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/601a8af5-0919-4ffb-a11d-fb534d96ed03/content>

9. Falke G, Pellegrino J. Salud integral del joven y del adolescente. *Medicina preventiva y social*. *Rev Asoc Med Argent*. 2020;133(4):24-9. Disponible en: https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/2022/Rev-4-2020_pag-24-29_Falke.pdf

10. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. 2019. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.5_el_embarazo_y_la_maternidad_en_la_adolescencia.pdf

11. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La maternidad precoz puede tener graves consecuencias para las adolescentes. 2024. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/child-health/early-childbearing/>

12. Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna: guía práctica. 2019. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf

13. Querido D, Lourenço M, Charepe Z, Caldeira S, Nunes E. Intervenciones de enfermería promotoras de la vinculación con los recién nacidos hospitalizados: revisión scoping. *Enferm Glob*. 2022;21(66). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000200594

14. Muñoz A, Rojas P, Castillo V. Factores sociales que interfieren en la lactancia materna. *Rev Latinoam Salud Mater Infant*. 2022;20(2):87-96.

15. Benancio V, Medalit L. Actitudes y conocimientos hacia la lactancia materna en madres adolescentes usuarias de un hospital materno infantil. *Rev Peru Cienc Salud*. 2022;4(1):21-7. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.1.366>

16. Reascos Paredes Y, Hidrobo Guzmán J, Bermeo Córdova B, Andrade Hernández E. Preparación de madres primerizas para el cuidado efectivo del recién nacido. *Rev Cient Multidisciplinar*. 2023;7(2):10297-10315. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.6120

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Marcela L. Barrionuevo.

Curación de datos: Marcela L. Barrionuevo.

Análisis formal: Marcela L. Barrionuevo.

Investigación: Marcela L. Barrionuevo.

Metodología: Marcela L. Barrionuevo.

Administración del proyecto: Marcela L. Barrionuevo.

Recursos: Marcela L. Barrionuevo.

Software: Marcela L. Barrionuevo.

Supervisión: Marcela L. Barrionuevo.

Validación: Marcela L. Barrionuevo.

Visualización: Marcela L. Barrionuevo.

Redacción - borrador original: Marcela L. Barrionuevo.

Redacción - revisión y edición: Marcela L. Barrionuevo.