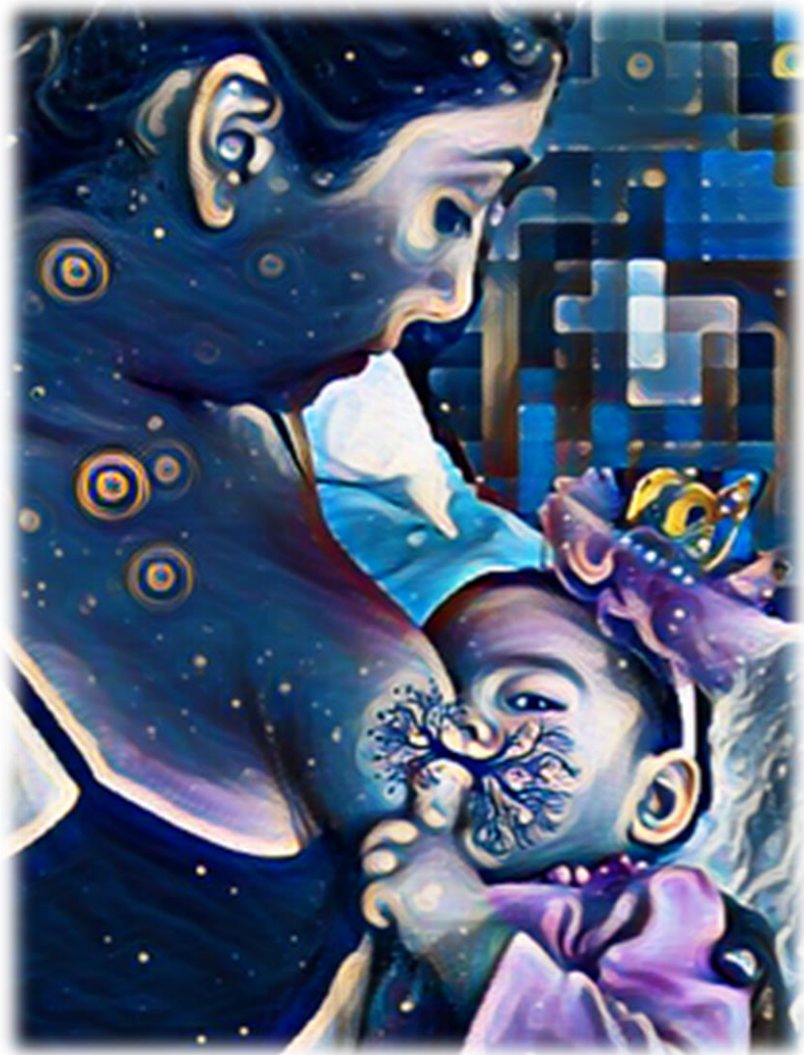


Abril del 2017

PRINCIPALES CAUSAS DE DESERCIÓN EN LA LACTANCIA MATERNA: MITOS, SENSACIÓN DE LECHE INSUFICIENTE Y CRISIS DE CRECIMIENTO EN LA LACTANCIA



Autoras

L.N. Aída García Zepeda

L.N. Nelsy Camacho Rossete

Asesoras:

MNH. Lalis Elisa Osuna Sánchez

DCSP. Clío Chávez Palencia

Índice

1.-Introducción	2
1.1 Beneficios para el bebé	3
1.2 Beneficios para la madre	4
1.3 Prevalencia de lactancia materna en México	4
2.- Mitos	5
3.- Leche insuficiente	8
3.1 Creencias de la madre	9
3.2 Señales que indican que el lactante se está alimentado de manera correcta	11
3.3Succión Nutritiva	13
3.4 Succión Afectiva	14
3.5Causas de leche insuficiente	15
4.- Crisis de crecimiento	17
4.1 Crisis de la tercera semana de vida	19
4.2 Crisis del mes y medio	20
4.3 Crisis de los tres meses	20
4.4 Falsa crisis de los cuatro meses	22
4.5 Crisis de los seis meses	22
4.6 Falsa crisis de los ocho meses	22
4.7. Crisis del año de vida	23
4.8 Crisis a los dos años de vida	24
5.- Conclusiones	25
5.1 Principales recomendaciones	25
5.2Importancia de la información correcta en profesionales de la salud	27
6.-Referencias	29

Introducción

La lactancia materna exclusiva (LME) consiste en dar al lactante únicamente leche materna (no se deben dar otros alimentos sólidos ni líquidos, ni siquiera agua, té o jugo) (OMS, 2016). Según diversos estudios lo ideal para los lactantes es recibir LME durante los primeros 6 meses de vida, para lograr un crecimiento y desarrollo óptimo gracias a su composición nutricional, ya que la leche materna sufre modificaciones conforme el lactante se va desarrollando para cumplir sus necesidades macro y micro nutrimentales (Asociación Española de Pediatría & Comité de lactancia Materna, 2012; García-López, 2011; Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2010; OMS, 2016). Los primeros días de vida la leche humana se llama calostro, es un líquido seroso y amarillo, a partir del día siete al 14 la leche es llamada de transición y a partir del día 14 se le nombra leche madura, al ser tan cambiante se le otorga al bebé un alimento de calidad con la perfecta consistencia, temperatura y composición (Bonvecchio, González, & Fernández-Gaxiola, 2015).

Múltiples estudios confirman que la lactancia materna (LM) tiene innumerables beneficios para los niños, los padres y la sociedad (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2010).

Beneficios para el bebé

Los niños que reciben LM tienen al menos 6 veces más posibilidades de supervivencia que los niños no amamantados en los primeros meses de vida, ya que la leche humana contiene inmunoglobulinas que protegen al lactante y a su sistema inmunológico, contiene enzimas, hormonas y factores de crecimiento que intervienen en el adecuado desarrollo de órganos y sistemas (especialmente el sistema nervioso) por lo que son bebés con menor riesgo de desarrollar obesidad y menor probabilidad de padecer alguna enfermedad crónica (como diabetes, enfermedad celíaca, enfermedad cardiovascular, esclerosis, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, asma, enfermedades intestinales crónicas y algunos tipos de cáncer de la niñez) así como un menor riesgo de padecer infecciones agudas (como otitis, diarreas, infecciones respiratorias, septicemia, meningitis, infecciones urinarias, etc.). También protege contra la ictericia e hipoglicemia en el recién nacido, alergias, apneas prolongadas, bradicardia, síndrome de muerte súbita y asfixia por aspiración, mejorando además la digestión y evitando la sobrecarga renal generada por la formula infantil (Asociación Española de Pediatría & Comité de lactancia Materna, 2012; Lauzon-Guillain et al., 2012; Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2010; Prentice et al., 2016; UNICEF, 2017a).

Gracias a la LM se estimula el crecimiento adecuado de boca y mandíbula, así como una adecuada secreción de hormonas para la digestión, reduce la incidencia de caries dentales, se tiene un mejor desarrollo del paladar, arcos dentales y otras estructuras faciales, además presentan mayor agudeza sensorial (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2010; UNICEF, 2017a).

Emocionalmente la LM asegura un buen vínculo madre-hijo reduciendo el maltrato y la posibilidad de abandono en los niños, le genera al bebé la estimulación del habla, la conducta,

bienestar, independencia y seguridad, asimismo el niño amamantado cubre sus necesidades de calor y amor, teniendo una respuesta alegre y demostrando un equilibrio emocional, son niños más activos que muestran un mayor desarrollo intelectual y psicomotor, así como un mayor coeficiente intelectual, se ha demostrado que tienen menor riesgo de padecer hiperactividad, ansiedad y depresión (Asociación Española de Pediatría & Comité de lactancia Materna, 2012; Lauzon-Guillain et al., 2012; Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2010; UNICEF, 2017a, 2017b).

Beneficios para la madre

Desde el momento del parto la LM tiene beneficios para la madre, ayudando a reducir el riesgo de hemorragia post parto gracias a que la oxitocina liberada por el amamantamiento actúa en la retracción del útero. Se disminuye también el riesgo de padecer diabetes tipo 2, cáncer de ovario y de mama también protege contra la osteoporosis, hipertensión, enfermedad cardiovascular y artritis reumatoide, asimismo contribuye a desarrollar un buen vínculo madre-hijo, reforzando los lazos de afectividad y confianza en ambos, disminuye la depresión post parto mejorando la valoración personal, también ayuda a recuperar el peso pre-gestacional de manera más rápida, evita las dificultades de preparación utilizadas al proporcionar fórmula láctea infantil y al amamantar de manera exclusiva se ahorra económicamente tanto en fórmula, como en consultas médicas y medicamentos, lo que disminuye considerablemente el ausentismo laboral por parte de la madre (Asociación Española de Pediatría & Comité de lactancia Materna, 2012; Lauzon-Guillain et al., 2012; Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2010; UNICEF, 2017a, 2017b).

Prevalencia de lactancia materna en México

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT) la LM inicia por debajo de lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) y desciende conforme aumenta la edad del niño, la mediana de la duración de la LM es alrededor de 10 meses, a menor nivel educativo y económico menor es la probabilidad de continuar la LM, irónicamente es el grupo más vulnerable y que tendría mayor protección contra todas las enfermedades infecciosas a las que están expuestos debido al medio ambiente en que se desarrollan. En ENSANUT 2012 se obtuvo información de las razones por las cuales las madres de niños menores de 24 meses nunca amamantaron a sus bebés, la principal razón que dieron las madres fue la sensación de no tener leche, enfermedad de la madre o que el hijo no quiso el pecho (González de Cosío, Escobar-Zaragoza, González-Castell, & Rivera-Dommarco, 2013; UNICEF, 2012).

Algunas de las principales causas por las que las madres desertan en la LM son: los mitos, las crisis transitorias de crecimiento y sensación de leche insuficiente. A continuación, se describirán dichas causas (Balsalobre & Sánchez, 2008; Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2010; OMS, 2017).

Mitos

El trabajo, estudios, ignorancia o falsas creencias llevan a muchas de las madres a abandonar la lactancia materna (Maldonado, 2012), algunos de los mitos más comunes son:

- *Si el bebé rechaza el pecho desde recién nacido, no lo aceptará jamás.*

Falso, algunos bebés presentan el llamado “rechazo al pecho o huelga de lactancia” en diferentes etapas de la vida, incluso desde recién nacidos, cuando ocurre en los primeros días de vida, puede deberse a la incomodidad después de su nacimiento (hematomas en la cabeza tras el parto, dolor de oído, molestias por la vacunación, que haya sido sometido a

sondajes o aspiraciones que pueden ocasionarle rechazo oral) y cuando se presenta en otras etapas de la LM puede deberse a malas experiencias durante las mamadas (algún ruido fuerte o movimiento brusco mientras estaba amamantando) , a mastitis por parte de la madre, lo cual cambia el sabor de la leche (más salada) o incluso cambios de rutina (como incorporación al trabajo, viajes y mudanzas), si la madre está embarazada o reglando (lo cual cambia el sabor de la leche) e incluso si hubo algún cambio en el perfume o jabón utilizado por la madre. La solución a este problema no es desertar de la LM si no tener información, mucha paciencia, amor y fomentar el contacto piel con piel (Asociación Española de Pediatría & Comité de Lactancia Materna, 2012).

- *Un niño no aumenta bien de peso es porque la leche materna es de baja calidad.*

Esto es falso los estudios demuestran que la leche materna se produce en calidad y cantidad suficiente para el crecimiento óptimo del bebé, un aumento de peso insuficiente se debe regularmente a una inadecuada succión, que la LM no es ofrecida a libre demanda o a algún problema orgánico (Asociación Española de Pediatría & Comité de Lactancia Materna, 2012).

- *Si no estoy bien alimentada o tengo bajo peso mi leche es de mala calidad.*

Falso, aun las mujeres con desnutrición moderada producen leche de buena calidad, solamente que la desnutrición sea grave la cantidad de leche disminuye (Bonvecchio et al., 2015).

- *El bebé llora de forma constante porque mi leche ya no lo llena.* Debemos recordar

que la LM debe ser a libre demanda, la ingesta de leche en 24 horas tiene un promedio de 800 ml por día durante los primeros 6 meses de vida, los bebés en cada mamada extraen entre el 60 y 70% de la leche disponible, lo que demuestra que el niño deja de alimentarse

porque se ha saciado y no porque el pecho se haya vaciado. El llanto no siempre significa que el bebé este hambriento, es posible que este físicamente incomodo por otras razones. Existen periodos en que los bebés presentan aumento en su apetito debido a que crecen de forma más acelerada, regularmente ocurre entre las 2 y 6 semanas y a los 3 meses, también es importante considerar que la leche humana se digiere de forma más rápida a diferencia de la formula, por lo que son niños que comen con mayor frecuencia (Bonvecchio et al., 2015).

- *Cuando una mujer tiene poca leche, se debe al estrés, fatiga o bajo consumo de alimentos y de líquidos.* Falso, estas razones rara vez ocasionan disminución en la producción de leche (tendría que tratarse de un desequilibrio emocional fuerte o por estrés agudo) lo que regularmente ocurre es un agarre incorrecto de parte del bebé y tomas poco frecuentes (Maldonado, 2012).
- *El lactante solo busca el pecho materno cuando tiene hambre, entonces ¿Si está pegado al pecho, pero no está comiendo es que la leche es insuficiente?* Falso, los bebés necesitan mamar también cuando sienten miedo, angustia o algo les duele, es parte de su naturaleza buscar apoyo y compañía (Maldonado, 2012).
- *A partir de los 6 meses de vida, la leche materna no aporta ningún nutriente al bebé.*

Falso, la composición de la leche es cambiante en cada etapa de su crecimiento, aun cuando el niño comienza con alimentación complementaria la leche materna aporta nutrientes esenciales para su desarrollo (Maldonado, 2012).

Estos son sólo algunos de los mitos más comunes, sin embargo, existen muchos otros que dificultan que las madres continúen con la LM, existen diversos estudios que reflejan la falta de

información, por ejemplo, según un estudio realizado en Cuba, el 57% de las madres cree que si su leche es muy clara debe complementar con fórmula y el 93% de las madres ignora hasta que edad es ideal proporcionar lactancia materna a su hijo (Gorrita, Ravelo, Ruiz, & Brito, 2012).

Otra de las principales causas desértoras de la LM es la sensación de leche insuficiente la cual será descrita a continuación.

Leche insuficiente

La mayoría de las madres tiene dudas y se preocupa respecto a si tiene buena cantidad de leche para alimentar a su hijo, muchas veces esto ocurre desde los primeros días después del parto, es común que los parientes, amigos o incluso personal de la salud sugieran que la madre puede no tener leche suficiente, lo cual disminuye su autoestima y la confianza en sí misma, llegando a creer que no tienen ni la cantidad, ni la calidad de leche necesaria para satisfacer las necesidades de su hijo (son especialmente vulnerables las madres jóvenes, las que no tienen el apoyo de familiares o amigos y las que han tenido malas experiencias con sus otros hijos), sin embargo se sabe que a excepción de unos pocos casos (como trastornos hormonales y desarrollo insuficiente de la glándula mamaria) las madres tienen la capacidad de producir la cantidad de leche necesaria para uno e incluso dos niños, siempre y cuando el agarre sea el correcto y la LM sea a libre demanda (Asociación Española de Pediatría & Comité de lactancia Materna, 2012; OMS, 2017; UNICEF, 2012).

La cantidad de leche que se produce está determinada por la succión que haga el niño, la cual aumenta cuando el niño come más, por lo que si la succión no es la correcta no se producirá la cantidad adecuada de leche; cuando se ofrecen otro tipo de líquidos la succión disminuye al igual

que la producción, así que no hay que ofrecer ni agua ni suero a menos que el médico lo señale, en caso de que sea necesario dar otro tipo de líquidos, se recomienda que la madre haga extracciones de leche para evitar que la producción disminuya (Asociación Española de Pediatría & Comité de lactancia Materna, 2012; OMS, 2017).

La mayoría de las veces, aunque la mamá sienta que no produce la cantidad de leche adecuada, el niño obtiene toda la que necesita, y solo se trata de problemas de percepción materna (Lauzon-Guillain et al., 2012). Los problemas más frecuentes se describen a continuación:

Creencias de la madre

La madre no siente la bajada de leche por lo que cree que no tiene. Algunas madres no derraman leche y no tienen la sensación de bajada de leche, sin embargo, esto no quiere decir que no se esté produciendo la cantidad necesaria, la leche tarda en bajar de 24 a 48hrs mientras se adecua a la succión del bebé, el cual consume muy poca leche materna durante los primeros días de vida (debido a su capacidad gástrica, consume solamente 100 ml durante el primer día) este consumo aumenta conforme el bebé crece y para el día séptimo el bebé consume aproximadamente 600 ml, la manera de saberlo es que orine al menos 6 veces al día y su orina no esté concentrada, así como también que busca mamar más de 8 veces al día (Bonvecchio et al., 2015).

Es importante fomentar el contacto piel con piel y que la madre permanezca cerca del bebé para este emocionalmente tranquila y pueda tener una correcta producción de oxitocina (hormona responsable de la eyección de leche) ya que esta hormona está condicionada por los sentimientos y emociones maternas; tanto tocar, oler y ver a su hijo, como tener pensamientos de amor hacia el bebé e incluso escuchar su llanto, estimulan la oxitocina, teniendo como resultado una correcta

eyección; por lo que si la madre tiene dolor intenso o se encuentra inestable emocionalmente (deprimida o con estrés agudo) la oxitocina puede inhibirse de forma repentina lo que afectaría la correcta producción de leche, aunque esto no es frecuente. Tomar un baño de agua caliente o aplicar compresas calientes en el pecho antes de amamantar ayuda a que la leche fluya (Bonvecchio et al., 2015).

La madre cree que el bebé ya no se llena con su leche porque llora de forma constante.

Cada niño tiene un patrón de alimentación diferente, ya que la cantidad de leche producida varía según la madre y el lactante, con un promedio de 800 ml por día durante los 6 primeros meses (puede variar desde 440 ml hasta 1220 ml). No es común que la mama se quede sin leche debido a que el bebé extrae solamente entre el 60 y 70% de su contenido, por lo que el niño deja de alimentarse cuando se ha saciado y no porque el pecho se haya vaciado, sin embargo, los pechos pueden variar su capacidad de almacenamiento, cuando la capacidad es baja se debe alimentar al bebe con mayor frecuencia para así asegurar una ingestión de leche adecuada. El llanto no siempre indica que el bebé este hambriento puede deberse a una incomodidad física como pañal húmedo, a que necesita que le saquen el aire con palmadas o simplemente la necesidad de que lo abracen. Otra razón son las crisis de crecimiento que se describirán más adelante. Hay que recordarle a la madre que un niño que se alimenta de pecho materno come más veces a comparación de los alimentados con formula, debido a que la leche materna se digiere de forma más rápida (Bonvecchio et al., 2015).

La madre cree que el bebé come menos que antes. Conforme el bebé crece su habilidad para alimentarse mejora, por lo que se alimenta de manera más rápida y eficiente, la cantidad de succiones disminuye y las pausas entre succiones se alargan, algunas madres creen que como las mamadas tienen menor duración significa que están produciendo leche insuficiente, si el lactante

moja más de 5 pañales diarios y se encuentra tranquilo significa que está tomando la cantidad adecuada de leche, pero si el bebé orina menos de 5 veces al día o su orina es muy concentrada significa que está tomando poca leche por lo que sería conveniente acudir con un asesor en lactancia (Asociación Española de Pediatría & Comité de Lactancia Materna, 2012; Grupo de apoyo a la lactancia materna de la Región Murcia, 2017).

La madre ya no siente los pechos tan llenos como antes por lo que cree que su leche es insuficiente. Las madres suelen sentir sus pechos más flojos y dejan de gotear por lo que creen que ya no producen suficiente leche, es posible que su producción este disminuida debido a que no están alimentando a su hijo de manera exclusiva con leche materna, es decir complementan con formula o algunos otros líquidos, sin embargo si la lactancia es exclusiva, el bebé esta evacuando y orinando de manera correcta y si está ganando peso conforme a lo esperado, quiere decir que la cantidad de leche es suficiente aun cuando dé la sensación de pechos menos llenos. Si estas condiciones se ven afectadas es necesario que la madre acuda con algún asesor en lactancia (UNICEF, 2012). Es común después de los 3 meses de edad que, aunque solo se alimente al lactante con leche materna los pechos ya no se sientan tan llenos como antes, esto debido a que la mama responde más rápido al estímulo de succión y no es necesario que almacene tanto como se estaba acostumbrado, si no que la produce en respuesta casi inmediata a la succión (Padro, 2016).

Señales que indican que el lactante se esta alimentado de manera correcta

Es necesario informar a la madre cuales son las señales de que su bebé está comiendo de manera correcta, para que ella esté tranquila y evite complementar con algún otro tipo de líquido; la madre debe saber que si su postura, agarre y frecuencia son adecuadas su leche será suficiente

para alimentar al lactante durante los primeros 6 meses de vida, hay que explicarle de manera gráfica que el peso y crecimiento es el adecuado para su edad, es importante informar que los niños alimentados con leche materna son niños más despiertos, más irritables, que comen más lentamente y presentan más signos de hambre, esta es una respuesta normal del organismo que tiene como objetivo aumentar la succión para que también aumente la producción de leche (Bonvecchio et al., 2015; Lauzon-Guillain et al., 2012). Otro punto importante a explicar a los padres es la capacidad gástrica de los bebés; los primeros días de vida el volumen gástrico de un lactante es de escasos 5-7 ml por toma en las primeras 24 horas de vida, la producción de calostro se adapta a estos volúmenes y regularmente entre el tercer y el quinto día la madre nota la bajada de la leche, el volumen gástrico va aumentando de manera constante conforme el niño crece, por lo tanto, los bebés recién nacidos no necesitan grandes cantidades de leche si no comer de forma frecuente, un bebé recién nacido no debe pasar más de 3 horas sin tomar pecho, después de los dos meses debe alimentarse por lo menos 8 veces al día, hay que recordarles a las madres que los bebés mientras más pequeños son comen más de noche que de día, pero conforme crecen invertirán estos horarios (Bonvecchio et al., 2015).

Existen casos en donde realmente el bebé no se está alimentando de manera adecuada, y esto se demuestra mediante la escasa ganancia de peso, micciones disminuidas con orina concentrada y/o deposiciones escasas, duras, secas o verdes, sin embargo, es necesario especificar que cuando se da LME cada niño es diferente especialmente con el aspecto de las deposiciones, algunos pueden no hacer en varios días, mientras que otros pueden evacuar 8 o más veces en un día (Bonvecchio et al., 2015; OMS, 2017).

Es común que los niños pierdan peso después del nacimiento, este peso deberá ser recuperado a la segunda semana de vida, esto ocurre debido a la pérdida de agua, pero por lo regular recuperan

el peso que tenían al nacer entre los días 10 y 14 (Bonvecchio et al., 2015). Sin embargo un artículo de la OMS nos menciona que "si el niño está por debajo de su peso de nacimiento después de las dos semanas de vida o gana menos de 500 g al mes durante los primeros 6 meses, no está ganando suficiente peso y no está obteniendo la leche necesaria. Para establecer que la ganancia de peso ha sido escasa se necesitan comparar al menos dos pesos, el intervalo mínimo útil son dos semanas en las cuales un niño debería ganar 250 g o más"(OMS, 2017), en estos casos puede ser posible que realmente no se esté produciendo la leche suficiente, o que el bebé padezca alguna enfermedad o malformación, no obstante, la causa más probable es una incorrecta técnica al amamantar es decir un mal agarre. La ganancia de peso esperada es de 500 g a 1 kg por mes siempre y cuando se esté alimentando con LME (OMS, 2017).

Hay que tener en cuenta que si un niño orina menos de 6 veces al día y la orina es concentrada (amarillo oscuro y de olor fuerte) significa que el lactante no está recibiendo la leche necesaria (este signo no es fiable si el niño se encuentra deshidratado por diarrea, si se le están dando otros líquidos aparte de la leche materna o si utilizan pañales muy absorbentes que dificultan la estimación de la producción de orina), algunas de las causas más comunes por las que el niño no está obteniendo leche suficiente pueden ser: mala técnica, mal agarre, mamadas poco frecuentes, incorrecta postura para amamantar, falta de alimentación en la noche, mamadas cortas, introducción de alimentos antes de los 6 meses de vida, uso de biberón, etc. las cuáles serán descritas más adelante (OMS, 2017).

La madre debe conocer cómo transcurre una toma normal y como debe ser el agarre al pecho, además debe saber que los bebés no solo buscan succionar para alimentarse, existe la succión nutritiva y succión afectiva, las cuales se desarrollaran a continuación:

Succión nutritiva

Una mamada suele tener succiones en ciclos, generalmente ocurren de 5 a 10 succiones seguidas, el bebé suele hacer una pausa para respirar y descansar, y después retomar la succión, se estará alimentando de manera correcta cuando redondee sus mejillas al succionar, mueva la mandíbula e incluso llegue a mover el lóbulo de la oreja, en algunas ocasiones se escuchará cuando trague, para que esto suceda es necesario un correcto agarre, la madre debe buscar que su hijo tenga el mentón tocando el pecho, la boca bien abierta, el labio inferior evertido (hacia afuera) y las mejillas redondas o aplanadas pero no hundidas, se tiene que ver más la areola por encima que por debajo, succiona el pecho no el pezón, la lengua no fricciona ni lesiona la piel del pezón ni la areola, si todo lo anterior se cumple la LM no dolerá, ni se formaran grietas, al contrario, la succión resultará cómoda y a menudo placentera. Un mal agarre puede ser la causa de que el bebé no coma lo suficiente y se quede con hambre, que se torne ansioso y que muestre signos de hambre más frecuentemente, por lo que el agarre es una pieza fundamental para una LME (Asociación Española de Pediatría & Comité de lactancia Materna, 2012; Bonvecchio et al., 2015; Grupo de apoyo a la lactancia materna de la Región Murcia, 2017; OMS, 2017).

Es importante ofrecer la LM cuando se presenten los primeros signos de hambre que son: cabeceo, sacar la lengua, chupeteo, llevarse las manos a la boca y hacer sonidos con la boca, este es el momento ideal para ponerlo a mamar, no es bueno esperar a que llore ya que el llanto es un signo tardío de hambre que dificulta el agarre al pecho, en estos casos es necesario tranquilizar al bebé antes de la toma (Asociación Española de Pediatría & Comité de lactancia Materna, 2012).

Succión afectiva

Generalmente suele ocurrir después de la succión nutritiva, se pueden observar pequeños temblores de barbilla que tienen como finalidad seguir estimulando al pecho para que produzca más leche, pero en ese momento el bebé no se está alimentando (Grupo de apoyo a la lactancia materna de la Región Murcia, 2017), cuando ha tomado toda la leche que necesita y ha terminado la succión afectiva el bebé soltará el pecho, sin embargo, se debe prestar atención cuando el bebé dure más de 50 minutos en cada toma, ya que esto podría indicarnos una mala transferencia de leche, por lo que se deberá corroborar la ganancia de peso (OMS, 2017). La succión afectiva le da al bebé equilibrio emocional, brindándole seguridad, independencia, bienestar, amor, calor, e incluso estimula el habla y ayuda a la formación del carácter, ayudándolo a sentirse mucho más tranquilo y alegre (Asociación Española de Pediatría & Comité de Lactancia Materna, 2012; Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2010; UNICEF, 2012).

Causas de leche insuficiente

Una incorrecta postura para amantar y mal agarre. En estos casos hay leche suficiente, sin embargo, el bebé no puede obtenerla debido a que no está succionando de manera adecuada, si esto no se corrige es posible que la madre tenga dolor e incluso grietas en los pezones, por consecuencia el bebé sigue sin alimentarse de manera correcta, lo que disminuye la succión y producción de leche materna, por lo que es necesario corregir la posición y el agarre del bebé (Asociación Española de Pediatría & Comité de Lactancia Materna, 2012).

Tomas poco frecuentes o con tiempo limitado. Generalmente en las primeras semanas debe haber de 8 a 10 tomas al día para los niños a término y de 10 a 12 tomas al día para los prematuros, incluyendo la noche (Amir & Bearzatto, 2016). Uno de los problemas mas comunes es que algunas madres alimentan a sus bebés menos de 8 veces al día durante las primeras 8 semanas lo cual no es recomendable ya que hara que el bebe ingiera menor cantidad de leche de

la que necesita en esa edad ,asi como tampoco es recomendable alimentar menos de 6 veces al día después de la octava semana de vida, otro problema comun es limitar la duración de la toma, ya sea restringir el tiempo en general o limitar un tiempo para la toma en cada pecho, este último caso ocurre debido a que la madre separa a su bebé del pecho antes de que este haya terminado, o porque el lactante deja de mamar rápidamente debido a que está demasiado cobijado o envuelto y está muy caliente (práctica frecuente en México), al no permitir que se vacíe completamente uno de los pechos y pasar al otro, el niño ingiere mayor proporción de lactosa lo cual provoca cólicos o trastornos digestivos, además ingiere una menor cantidad de grasa que hace que no se quede satisfecho y busque alimentarse con mayor frecuencia. Lo ideal es esperar a que se vacíe completamente un pecho antes de pasar al otro, el pecho suele sentirse vacío al final de la toma y el bebé se queda tranquilo (Asociación Española de Pediatría & Comité de Lactancia Materna, 2012; Bonvecchio et al., 2015). También algunas madres por comodidad o cansancio evitan las tomas nocturnas o fijan los horarios de las tomas, esto provoca que el bebé no ingiera la cantidad adecuada de leche y disminuya la producción, por lo tanto la LM siempre se debe ofrecer a libre demanda, cuando el bebé quiera, el tiempo que quiera y las veces que quiera, tanto de día como de noche, de esta manera se asegura que el bebé está recibiendo todo lo que necesita, ya sea alimento, cariño, protección y calor (Asociación Española de Pediatría & Comité de lactancia Materna, 2012; Asociación Española de Pediatría & Comité de Lactancia Materna, 2012; Bonvecchio et al., 2015; OMS, 2017).

Alimentación mixta. Esta es una de las causas más comunes en la disminución de producción de leche materna, cuando se ofrece formula láctea o algún otro tipo de líquido para complementar la LM , la succión disminuye por lo que la producción también se ve afectada, por lo tanto, es de vital importancia evitar recurrir a las fórmulas lácteas, las cuales tienen mucho menor calidad

nutrimental y está relacionada con problemas físicos y emocionales en la infancia e incluso en la adultez (OMS, 2017).

Utilización de biberón o chupete. No es recomendable apoyarse de biberón o chupete para solucionar los problemas de la LM ya que la ponen en riesgo, debido a que reemplazan la succión del pecho y hace que el lactante realice menos mamadas, además, puede crear confusión interfiriendo en el buen agarre y la succión efectiva, por lo que hay que limitarse especialmente las primeras 6 semanas de vida cuando el niño es más susceptible a la confusión pecho-biberón, pero aun en bebés mayores no es recomendable el biberón o chupete en ninguna etapa de la lactancia (Bonvecchio et al., 2015).

Retraso en el inicio de la lactancia materna. Un reporte realizado por la OMS nos menciona que "Si la primera toma se retrasa es más difícil establecer un flujo de leche adecuado, esto puede afectar la cantidad de leche que la madre produzca más adelante"(OMS, 2017), así que lo mejor es que madre e hijo tengan un alojamiento conjunto después del parto para que se activen los receptores de prolactina en la glándula mamaria de la mujer, incrementando de manera paulatina la cantidad de leche producida (Bonvecchio et al., 2015).

Estrés excesivo. Otro factor puede ser el estrés agudo que puede reducir temporalmente el flujo de leche, sin embargo, no hay evidencia que compruebe que el estrés crónico disminuya considerablemente la producción de leche a largo plazo, también las madres a quienes no les gusta amamantar, que no desearon su embarazo o que están demasiado cansadas, presentan dificultades para lograr un correcto agarre que asegure una buena alimentación al seno materno (OMS, 2017).

Otras causas no habituales. Algunas otras causas que no son habituales por las que no se está produciendo leche suficiente podrían ser: el consumo de anticonceptivos o diuréticos, el comienzo de un embarazo, desnutrición grave, consumo de alcohol y tabaco o algunas drogas, la retención de placenta (muy poco común) y el escaso desarrollo del pecho (muy raro) (OMS, 2017).

Crisis de crecimiento en lactancia materna

Aun en casos en que la LM parecía estar completamente estable, existen periodos en que el niño que antes se mostraba satisfecho, se comporta de manera extraña, estando inquieto, durmiendo mal, buscando el pecho y soltándolo, mostrando desesperación y llanto, durante el día e incluso por la noche, muchas madres relacionan estas actitudes como un reflejo de que su bebé no está consumiendo la leche suficiente y que "no lo llenan"; estos acontecimientos son llamados baches o crisis de crecimiento en la LM (Balsalobre & Sánchez, 2008).

Suelen tener las siguientes características:

- El bebé busca mamar más frecuentemente (principal razón por lo que las madres interpretan como hambre).
- La madre no siente los pechos tan llenos (por lo que piensa que ya no tiene la leche suficiente) (Asociación Española de Pediatría & Comité de Lactancia Materna, 2012).

Como resultado muchas madres complementan la alimentación del bebé con fórmula láctea, lo cual no es la solución adecuada, estas crisis son transitorias y posteriormente después de unos días se regula la producción de leche materna y retornamos a la estabilidad con la que se contaba anteriormente. Es básico informar a la madre que estas crisis pueden ocurrir, que son normales y

transitorias, para evitar que crean que su leche es insuficiente (Asociación Española de Pediatría & Comité de Lactancia Materna, 2012; Balsalobre & Sánchez, 2008; Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2010).

De manera general estas crisis se presentan debido a la aceleración en el crecimiento del lactante el cual necesita alimentarse con mayor frecuencia para aumentar la producción de leche y también se deben a los cambios en la maduración cerebral del lactante (OMS, 2017). Cada bebé es diferente y pueden tener estas crisis en etapas distintas, pero generalmente aparecen en torno a las 3 semanas, al mes y medio, a los tres meses, a los 6 meses, al año y a los dos años. A continuación, se describirán más a profundidad las características y explicación de cada una de estas etapas (Asociación Española de Pediatría & Comité de Lactancia Materna, 2012; Balsalobre & Sánchez, 2008).

Crisis de la tercer semana de vida

Por lo regular en la tercer semana de vida se presenta la primera crisis de lactancia, en donde la madre nota cambios importantes en el comportamiento de su hijo, el cual busca mamar con mayor frecuencia, incluso cada 30 minutos, llora desesperado y solo se calma tomando el pecho, regurgita leche en cantidades moderadas, pero aun así busca seguir mamando (Padro, 2016).

En esta crisis el bebé cursa por una aceleración normal en su velocidad de crecimiento, en donde aumenta el apetito del lactante y busca mamar más para aumentar la producción debido a que necesita más leche, (recordemos que a mayor succión mayor será la producción láctea, por lo que si el bebé siente hambre, buscará aumentar dicha producción) , esto suele durar un par de días, logrando como resultado una producción óptima de leche, una vez que se logre aumentar la

producción, el bebé volverá a la normalidad y la LM retomará su curso. Es necesario informar a la madre cuales son los signos de un correcto crecimiento, para que se quede tranquila y pueda sobrepasar esta crisis en donde es fundamental el apoyo de su pareja y familiares (Bonvecchio et al., 2015; OMS, 2017; Partty, Louto, Kalliomaki, Salminen, & Isolauri, 2013).

Lo ideal en estos casos es adaptarse a las necesidades del lactante, ofreciéndole el pecho cuando busque mamar y evitar "llenarlo" con biberón y formula láctea, ya que si el bebé no realiza la succión necesaria la producción se verá disminuida y esto empeorará las cosas, debido que un biberón por más pequeño que sea disminuye la producción de leche en la siguiente toma, inevitablemente se ofrecerá otro biberón a la siguiente toma y esto se vuelve un círculo vicioso en que el flujo de leche disminuye de manera importante, provocando un destete prematuro (Asociación Española de Pediatría & Comité de Lactancia Materna, 2012).

Crisis del mes y medio

Por segunda vez el bebé cursa una aceleración en la velocidad del crecimiento y aparece la segunda crisis en la cual necesita más leche y sus instintos le dicen cómo conseguirla, busca mamar más seguido, se muestra alterado y ansioso cuando está en el pecho, llora a menudo, mama dando tirones, arquea la espalda jalando el pezón y tensa las piernas.

En esta ocasión, no solamente se trata de un crecimiento acelerado, también ocurre un cambio en la composición de la leche lo cual modifica su sabor de manera significativa y de forma transitoria (su sabor se torna más salado), pero una vez que el niño se adapta al cambio se recupera el patrón de lactancia, esto ocurre aproximadamente en una semana (Padro, 2016).

Crisis de los 3 meses

Esta crisis es la más larga y complicada para la madre y el bebé, ya que regularmente tarda hasta 1 mes en recuperarse el ritmo de la LM (Padro, 2016).

La característica principal de esta crisis es que el bebé ya no pide mamar tan seguido lo cual causa confusión en la madre quien cree que no tiene hambre o rechaza el pecho, ya que el bebé que antes pasaba mucho tiempo mamando ahora hace sus comidas en tan solo unos minutos, esto sucede debido a que en esta edad los niños ya tienen la habilidad suficiente para mamar de manera rápida y eficaz, por lo que en minutos consumen la leche que necesitan, este cambio suele darse de manera brusca lo cual causa confusión y preocupación por parte de la madre quien generalmente piensa que su leche no es suficiente (Asociación Española de Pediatría & Comité de Lactancia Materna, 2012; Padro, 2016).

Es común que la madre note que sus pechos ya no están tan llenos, que no gotean y no sienta la bajada de la leche lo que la hace pensar que no está produciendo buena cantidad, esto se debe a

que la glándula mamaria produce de manera más rápida la leche necesaria, tiene la capacidad de en solo de 2 a 3 minutos generar el reflejo de eyección y producir toda la leche que su hijo necesite, pero este cambio puede irritar a los niños ya que antes tenían la leche de manera inmediata y ahora deben succionar y después esperar un poco para poder recibir leche, aun así, no hay problemas de falta de leche. Además, en esta crisis el bebé muestra distracción e irritabilidad extrema hasta que rompe en llanto, pareciera que solo puede mamar con tranquilidad cuando se encuentra dormido, la explicación es que en esta edad los bebés transitan por una serie de cambios en su cerebro, aumentan las conexiones neuronales de manera acelerada, provocando que sus sentidos se desarrollen muchísimo más (pueden ver y oír mejor) lo cual genera que se distraigan con cualquier cosa, están viviendo un mundo nuevo en donde todo les llama la atención, esto explica porque durante la noche cuando se encuentran más adormilados se concentran más en las tomas y maman como antes (Asociación Española de Pediatría & Comité de Lactancia Materna, 2012; Padro, 2016).

La recomendación para hacer más llevadera esta crisis es alimentar con seno materno en un ambiente tranquilo, de preferencia en un lugar oscuro y silencioso para que el bebé tenga los menos estímulos posibles a la hora de comer y pueda concentrarse en las tomas. En esta crisis el bebé sube menos de peso y disminuye su número de deposiciones, lo cual es una conducta fisiológica normal, pero esto contribuye a la sensación materna de leche insuficiente. Es una de las crisis más complicadas en donde más madres desertan de la LM y recurren a la formula láctea (Padro, 2016).

Falsa crisis de los 4 meses

En esta crisis los bebés suelen sufrir alteraciones por la noche, en donde lloran, se encuentran irritables y piden más pecho durante la madrugada, incluso cada dos horas, sufren de angustia, lloran y solo se calman mamando.

Estas actitudes no tienen relación con la producción de leche ni con la LM en sí, el bebé busca el pecho solamente para calmar su angustia, pero no debido a que sienta hambre ni a que busque aumentar la demanda. A los 4 meses los lactantes presentan cambios en su ritmo del sueño, despiertan más a menudo y buscan mamar para tranquilizarse.

Esta crisis requiere tiempo y maduración por parte del lactante, no es recomendable suplementar con fórmula o dejar la LM, ya que esto no resuelve el problema (Padro, 2016).

Crisis de los 6 meses

Esta crisis ocurre en pocos bebés y coincide con la introducción de la alimentación complementaria, pareciera que el bebé que antes disfrutaba el pecho ahora solo quiere el nuevo alimento sólido, algunas veces sí la madre le ofrece el pecho, el bebé se enfada e incluso puede llegar a moder, no se trata de obligarlo a tomar el pecho, la solución es tener paciencia, favorecer el contacto piel con piel y esperar a que el lactante retome el gusto por el pecho, ya que en esta edad y aún mayor, seguirá obteniendo beneficios de la leche materna. Esta crisis suele ser transitoria y no es recomendable que se abandone la LM (Santos, 2014).

Falsa crisis de los 8 meses

Esta crisis es muy similar a la de los 4 meses ya que no tiene relación con el crecimiento físico, si no que se debe a causas emocionales. A los 8 meses los bebés sufren algo llamado

"angustia por separación" ya que comienzan a sentirse como seres independientes a la madre y temen perderla, la única forma de sentirse cerca de ella y seguros es mamando el mayor tiempo posible, estas actitudes suelen ocurrir con mayor frecuencia durante la noche, 5.- recordemos que el pecho no significa solamente alimento para el bebé, si no también apoyo, cariño, calor y seguridad. Esta crisis también requiere maduración por parte del lactante y no se recomienda suplementar con otro tipo de leche, pasada esta crisis, la LM podrá retomar su curso (Padro, 2016).

Crisis del año de vida

Al llegar al año de LM el bebé ya se encuentra con alimentación complementaria, la presión social hacia la madre para que deje de dar pecho aumenta, sin embargo, aún es la mejor recomendación ofrecer leche materna a libre demanda.

En esta ocasión lo que sucede es que el bebé deja de mostrar tanto interés por los otros alimentos y los come en pequeñas cantidades, prefiriendo el pecho materno. Al ocurrir esto la madre muestra preocupación al creer que su leche ya no cubre sus requerimientos y que tiene más importancia el alimento sólido que la leche humana.

No debe haber preocupación ya que esta etapa de la vida la velocidad de crecimiento disminuye , lo que significa que el bebé ya no necesita tanto alimento por lo que lo consume en menor cantidad, aunque no por eso reducen su ingestión de leche materna. Cuando las madres optan por quitarle el pecho materno solamente ocasionan que el bebé obtenga menor cantidad de nutrientes ya que contrario a lo que se piensa, al año de vida la leche humana sigue aportando una gran cantidad de macro y micronutrientes fundamentales para el desarrollo del lactante. Es importante confiar en los instintos del bebé quien aproximadamente entre los 15 y 18 meses de vida retomará

su interés por los alimentos ya que aparece de nuevo una aceleración en el crecimiento (OMS, 2016; Padro, 2016).

Crisis a los dos años de vida

Recordemos que la OMS recomienda ofrecer LM como mínimo hasta los dos años de vida, en esta etapa suele ocurrir la última crisis (OMS, 2016).

En esta ocasión pareciera haber un retroceso debido a que el niño busca mamar de manera continua como si fuera un recién nacido, se torna nervioso, ansioso y si la madre aplaza las tomas de leche o le niega el pecho, la situación emocional del bebé empeora.

En esta ocasión las causas de la crisis suelen ser más bien psicológicas, en donde el bebé experimenta cambios que lo hacen sentir independiente y a la vez inseguro, la manera de corroborar que todo va a estar bien es pegarse al pecho el mayor tiempo posible, estas crisis pueden durar algunos meses hasta que el bebé reafirma su seguridad y la demanda se normaliza. No es recomendable privar al lactante del pecho ya que esta actitud aumentará su inseguridad y prolongará la crisis (Padro, 2016).

Consejos generales para superar las crisis

- Si la madre se encuentra bien informada será más sencillo que tenga paciencia ante estas crisis, ella debe saber lo que sucede y que solo se trata de una situación transitoria.
- Conocer las señales de hambre ayudará a que la madre no espere a que el niño llore para ofrecerle el pecho, ya que si esto sucede será mucho más complicado que logre tener un buen prendimiento y lograr una toma tranquila.
- Hay que dejarse llevar por los instintos del bebé y no buscar forzarlo a hacer las tomas, ya que esto puede generar un rechazo al pecho y prolongar la crisis (Padro, 2016).

Conclusiones

Aunque la mayoría de las madres pueden producir la leche suficiente, muchas tienen la sensación de no poder alimentar de manera completa a sus bebés, para que la LM sea exitosa es necesario que se sientan seguras y que conozcan cuáles serán los cambios que seguirán presentándose, por lo que la información es la clave para una LM exitosa, ya que estar informadas sobre los “baches” más comunes descritos anteriormente puede hacer diferencia entre continuar o desertar la alimentación con leche materna. Para ello es importante que cuenten con recomendaciones generales para lograr cumplir con el tiempo mínimo recomendado (de manera exclusiva 6 meses y de manera complementaria hasta los 2 años de vida), y lo ideal sería que las madres conozcan los puntos clave desde el embarazo para lograr la LM exitosa (Bonvecchio et al., 2015; Lauzon-Guillain et al., 2012; OMS, 2017).

Las principales recomendaciones son:

- 1.-** Conocer los beneficios de la LM y los riesgos de la alimentación con fórmula, así como tener información sobre los riesgos de introducir alimentos diferentes a la leche materna antes de los 6 meses (OMS, 2017).
- 2.-** Amamantar precozmente contribuye a un buen establecimiento de la LM, la mayoría de los bebés pueden mamar durante la primera hora después del parto (Liga de la Leche, 2016).
- 3.-** Dar LM a libre demanda, tanto de día como de noche y no esperar los signos tardíos de hambre para que la toma fluya de manera sencilla, y si llegaran a presentarse estos signos tardíos, es necesario primero tranquilizar al bebé antes de comenzar con la alimentación (Bonvecchio et al., 2015; Liga de la Leche, 2016).

4.- No limitar el tiempo de cada toma, y esperar a que termine con un pecho antes de pasar al otro, si la mama aun no queda vacía se debe ofrecer el mismo pecho en siguiente toma, ya que al no quedar vacía la leche grasa sigue ahí, en algunas ocasiones los bebés necesitan mamar del mismo pecho hasta por 6 horas; aun así, hay que evitar que el otro pecho se congestione porque esto disminuiría la producción, una solución para no necesariamente cambiar de pecho al bebé es utilizar un saca leche (Liga de la Leche, 2017).

5.- No dar ningún alimento o líquido antes de los 6 meses, ni siquiera agua (aún en climas calurosos) (Bonvecchio et al., 2015).

6.- Cuanto más mama un bebé mayor es la producción, por lo que hay que tener un buen agarre y una buena técnica en cada toma para asegurar una succión correcta, lo ideal es ofrecer pecho mínimo 8 veces al día para estimular la producción y animar al bebé a que siga comiendo un poco más antes de que se quede dormido (Bonvecchio et al., 2015; Liga de la Leche, 2016; OMS, 2017).

7.- Recordar que el pecho no solamente es alimento físico si no también emocional (Asociación Española de Pediatría & Comité de Lactancia Materna, 2012).

8.- Conocer que aún en la enfermedad del niño la leche materna es el mejor alimento que se puede ofrecer, y se debe motivar al bebé a consumir una buena cantidad de leche para su pronta recuperación (Bonvecchio et al., 2015).

9.- La madre debe buscar tener una alimentación variada que ayude a familiarizar al niño con los distintos sabores que pasan por la leche, esto ayudará a que posteriormente el bebé acepte una gran variedad de alimentos (Bonvecchio et al., 2015).

10.- Extraer leche para seguir estimulando la producción y tener reservas de leche para cuando la madre vuelva al trabajo (Asociación Española de Pediatría & Comité de Lactancia Materna, 2012).

11.- Hay que evitar introducir la alimentación complementaria antes de los 4 meses de vida, ya que el bebé estará ingiriendo menos nutrientes de los que necesitan., si este error ya ha sucedido se debe disminuir la alimentación complementaria y re introducirla hasta los 6 meses de vida, siguiendo las recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana 043. Una vez introducida la alimentación complementaria hay que ofrecer pecho antes del alimento sólido (NOM-043, 2012; OMS, 2017).

12.- Sería conveniente acudir a grupos de apoyo, en donde las madres se sientan comprendidas y puedan entre todas resolver dudas. Así como también buscar apoyo en pareja y familiares (Asociación Española de Pediatría & Comité de lactancia Materna, 2012).

13.- Si a pesar de las recomendaciones anteriores la madre sigue con dudas, o con la sensación de que su hijo no está bien alimentado debe buscar a un profesional de la salud que resuelva sus inquietudes y encuentre una solución al problema, explicando con un lenguaje claro (Asociación Española de Pediatría & Comité de lactancia Materna, 2012; Bonvecchio et al., 2015).

14.- Dejar de dar lactancia materna debe ser la última opción (Asociación Española de Pediatría & Comité de lactancia Materna, 2012).

Importancia de la información correcta en profesionales de la salud

Los análisis de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) muestran que las mujeres no tienen la información ni la ayuda necesaria para iniciar de manera adecuada la

LM, aún las “apoyadas” por profesionales de la salud. (UNICEF, 2016) Uno de los mayores obstáculos es la falta de conocimiento por parte de los gobiernos nacionales, así como la falta de actualización e información por parte de los trabajadores sanitarios quienes deberían estar capacitados para asesorar y apoyar a las madres con la LM y alimentación complementaria. Tanto pediatras, ginecólogos, nutriólogos, enfermeros y médicos deben de promover la LME. (Kenny, 2016; UNICEF, 2017b), se recomienda al profesional de la salud realizar un seguimiento semanal hasta que la madre se sienta segura, evaluando al lactante con los estándares de la OMS del 2006 (Bonvecchio et al., 2015; OMS, 2017) “El paquete de *OMS/UNICEF Consejería en lactancia materna: curso de capacitación*, es una herramienta apropiada que permite a los agentes de salud adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para ayudar a las madres que se quejan de no tener leche suficiente y otras dificultades comunes con la lactancia” (OMS, 2017).

Otro punto crucial que debe reforzarse es el apoyo para las madres trabajadoras, adoptando políticas nacionales para ayudar a garantizar la LM, tales como licencias de maternidad remuneradas y lactarios. Así como también buscar la difusión de la importancia de la LM por los distintos medios de comunicación (Bonvecchio et al., 2015; UNICEF, 2017b).

Los mitos, sensación de leche insuficiente y crisis de crecimiento en la LM son algunas de las principales causas de deserción, sin embargo, tener la información adecuada puede hacer mas llevadero este proceso. Debido a los múltiples beneficios de la LM, vale la pena reunir esfuerzos para lograr que cada vez más bebés sean alimentados con leche humana.

REFERENCIAS:

- Amir, L. H., & Bearzatto, A. (2016). Overcoming challenges faced by breastfeeding mothers, *45(8)*, 552–556.
- Asociación Española de Pediatría, & Comité de lactancia Materna. (2012). *Recomendaciones sobre lactancia materna*. España.
- Asociación Española de Pediatría, & Comité de Lactancia Materna. (2012). Preguntas frecuentes sobre lactancia materna, 1–33.
- Balsalobre, I., & Sánchez, M. (2008). Los baches de la lactancia: Crisis de crecimiento, huelgas y rechazo. In Lactando grupo de apoyo de lactancia materna (Ed.), *La Lactancia materna de madre a madre* (pp. 41–46).
- Bonvecchio, A., González, W., & Fernández-Gaxiola, A. C. (2015). Niños menores de 6 meses de edad: lactancia materna exclusiva y sus beneficios. In *Guías Alimentarias y de Actividad Física* (pp. 17–29). México.
- García-López, R. (2011). Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediatr Mex*, *3232(44)*, 223–230.
- González de Cosío, T., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, L. D., & Rivera-Dommarco, J. Á. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México, *55(1)*, 170–179.

- Gorrita, R., Ravelo, Y., Ruiz, E., & Brito, B. (2012). Información sobre la lactancia materna de las gestantes en su tercer trimestre. *Revista Cubana de Pediatría*, 84(2), 357–367.
- Grupo de apoyo a la lactancia materna de la Región Murcia. (2017). Técnica de compresión del pecho. Retrieved from <http://www.lactando.org/tecnica-de-compresion-del-pecho/>
- Kenny, P. (2016). Llanto excesivo en los primeros meses de vida., 114(4), 368–374.
- Lauzon-Guillain, B., Wijndaele, K., Clark, M., Acerini, C. L., Hughes, I. A., Dunger, D. B., ... Ong, K. K. (2012). Breastfeeding and Infant Temperament at Age Three Months, 7(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0029326>
- Liga de la Leche. (2016). Las 10 claves de la lactancia materna. Retrieved from http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/diez_claves.htm
- Liga de la Leche. (2017). AumentoPesoTragantonas-liga de la leche española. Retrieved from http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/hojas_AFA/HU_AumentoPesoTragantonas.pdf
- Maldonado, L. del C. (2012). “*Riesgo de sustitución de la lactancia natural por leche artificial y su relación con el estado de salud del lactante que acude al servicio de pediatría periodo abril 2012 a septiembre del 2012.*”
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2010). Beneficios de la lactancia materna. In *Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud* (pp. 53–61, 149–165).
- NOM-043. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. *Diario Oficial de La Federación*, 24(1), 24–79.

- OMS. (2016). Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA) Lactancia materna exclusiva. Retrieved from http://www.who.int/elena/titles/continued_breastfeeding/es/
- OMS. (2017). “*Leche insuficiente.*” Retrieved from http://www.aeped.es/sites/default/files/4-leche_insuficiente.pdf%0A
- Padro, A. (2016). Crisis o brotes de crecimiento. Retrieved from <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-4-cuando-los-ninos-crecen/crisis-o-brotes-de-crecimiento/>
- Party, A., Louto, R., Kalliomaki, M., Salminen, S., & Isolauri, E. (2013). Effects of Early Prebiotic and Probiotic Supplementation on Development of Gut Microbiota and Fussing and Crying in Preterm Infants: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *The Journal of Pediatrics*, 163, 1272–1277.
- Prentice, P., Ong, K. K., Schoemaker, M. H., Tol, E. A. F. Van, Vervoort, J., Hughes, I. A., ... Dunger, D. B. (2016). Breast milk nutrient content and infancy growth, 641–647. <https://doi.org/10.1111/apa.13362>
- Santos, L. F. (2014). Las crisis de crecimiento. Retrieved from <http://asesoradelactancia.blogspot.com.es/2012/01/las-grietas.html>
- UNICEF. (2012). *Lactancia Materna.*
- UNICEF. (2016). En todo el mundo, 77 millones de recién nacidos no reciben leche materna en su primera hora de vida, dice UNICEF. Retrieved from https://www.unicef.org/spanish/media/media_92038.html?p=printme 1/2

UNICEF. (2017a). Lactancia materna. Retrieved from

https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html?p=printme

UNICEF. (2017b). Lactancia materna y alimentación complementaria. Retrieved from

https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html?p=printme