



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL  
DESARROLLO OROFACIAL DEL LACTANTE.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

SHARON MARÍN FUENTES

TUTORA: Dra. VALENTINA GARCÍA LEE

Vo. Bo.

MÉXICO, Cd. Mx.

2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## *Agradecimientos*

*Quisiera dedicar este trabajo y este gran logro a todos aquellos que han sido un pilar fundamental en el camino hacia la culminación de esta tesina. Aunque las palabras no pueden abarcar toda la gratitud que siento, intentaré transmitir mi aprecio a aquellos que han dejado una marca indeleble en mi corazón.*

*En primer lugar, quiero agradecer a mi querida madre. Su amor, paciencia, apoyo y aliento constante fueron la fuerza que me impulsó a seguir adelante incluso en los momentos más complicados. Gracias por siempre tener una taza de café lista para aguantar los desvelos, por tener el abrazo más esperado en el momento cero, pero sobre todo gracias por ser mi fuente de inspiración y por ser un faro de sabiduría y apoyo durante todo este viaje académico.*

*A mi padre, mi eterno modelo de perseverancia y dedicación, le debo un agradecimiento especial. Su constante respaldo y su ejemplo de tenacidad me han motivado a superar cualquier obstáculo. Gracias por ser mi roca y mi guía.*

*A mi hermano, compañero de aventuras y confidente, agradezco su apoyo continuo y por ser mi armadura en los momentos de desafío. Tu presencia ha sido una fuente constante de inspiración, y valoro profundamente las lecciones compartidas y el respaldo brindado a lo largo de esta travesía.*

*A mi abuelo, quiero expresarle mi más profundo agradecimiento por ser la fuente inagotable de inspiración y sabiduría en mi vida. Hoy, al culminar mi tesina, no puedo dejar de reconocer la influencia invaluable que ha tenido en mi desarrollo académico y personal, sus consejos sabios han sido mi faro durante este viaje guiándome hacia la excelencia y la búsqueda constante del conocimiento.*

*A mi abuela gracias por cada historia compartida, cada consejo brindado, han sido un regalo precioso que ha enriquecido mi vida de maneras incontables. Tu*

*ejemplo de perseverancia y sacrificio ha sido una guía constante que me ha inspirado a esforzarme por alcanzar mis metas.*

*A aquellos seres queridos que han partido, cuyo recuerdo perdura en mi memoria, les dedico un agradecimiento especial. Sus enseñanzas y el amor que compartimos continúan siendo una fuente de inspiración, recordando constantemente la importancia de la dedicación y la pasión en cada tarea que emprendo.*

*A mi pequeño tesoro Iker, quien ha sido mi mayor reto, pero también mi mayor motivación, agradezco infinitamente tu llegada, gracias por tu comprensión durante las noches de estudio y por ser la chispa que ilumina mis días. Tu sonrisa y tu ternura han sido un bálsamo en los momentos más desafiantes, tu amor incondicional ha sido mi motor principal para alcanzar este logro y no rendirme.*

*A la Universidad Autónoma de México (UNAM), mi alma mater, extiendo mi gratitud. Esta institución emblemática ha sido mi hogar académico, brindándome un espacio para explorar, aprender y crecer.*

*A mis pacientes, quienes confiaron en mí y compartieron sus experiencias, les agradezco por brindarme la oportunidad de aprender y crecer como profesional. Cada encuentro fue una lección valiosa que enriqueció mi comprensión y blindó mi compromiso con la atención de calidad.*

*Expreso mi reconocimiento a mis respetados docentes, cuya dedicación y conocimientos enriquecieron mi experiencia académica. Gracias por compartir su sabiduría y por guiarme en el trayecto de esta carrera.*

*A mi tutora, quien ha sido una luz guía en este proceso, le agradezco sinceramente por su orientación experta y su apoyo constante. Su dedicación y compromiso conmigo y este trabajo.*

*A todos ustedes, les estoy eternamente agradecida por formar parte integral de este viaje académico. Sus contribuciones han dejado una huella indeleble en mi corazón y en el éxito de esta tesina. Este logro es tanto suyo como mío, y*

*les estoy agradecida por ser parte de este significativo capítulo de mi vida, por ser mi inspiración y mi apoyo inquebrantable.*

## Contenido

### Contenido

Objetivo general .....	14
Objetivos específicos .....	14
1. Leche materna .....	14
2. Lactancia materna: fundamentos esenciales .....	14
2.1. Lactancia y desarrollo del infante .....	16
2.2. Importancia de la lactancia materna exclusiva (LME) .....	17
2.3. Beneficios y ventajas de la lactancia materna exclusiva .....	18
2.3.1. Beneficios para el recién nacido/ infante: .....	19
2.3.2. Beneficios para la madre: .....	22
2.4. Duración recomendada de la lactancia materna .....	23
2.5. Factores que influyen en la decisión de amamantar .....	24
3. Desarrollo orofacial en bebés y niños .....	27
3.1 Anatomía y fisiología del sistema orofacial .....	28
3.2 Desarrollo normal del sistema orofacial en la infancia .....	32
3.2.1 Reflejos presentes en la lactancia .....	32
3.3 Importancia de un desarrollo orofacial adecuado .....	34
4. Vínculo entre la lactancia materna y el desarrollo orofacial .....	35
4.1 Influencia de la lactancia materna en la salud bucal .....	36
4.2 Conocimiento sobre la fisiología de la succión - deglución durante la lactancia materna para la correcta difusión. ....	36
4.3 Técnica de la Lactancia Materna .....	39
4.3.1 Técnicas de agarre .....	41
.....	46
5. Factores Sociales y Culturales en la Promoción de la Lactancia Materna .....	46
5.1 Importancia de la cultura en la decisión de amamantar .....	46
5.2 Desafíos culturales y sociales para la lactancia materna (LM) .....	48
5.2.1 Conocimiento y percepción de los padres .....	49
5.3 Abandono de la lactancia materna .....	51
6. Educación y promoción de la lactancia materna .....	52
6.1 Programas y políticas de promoción de lactancia y la comercialización de sucedáneos de la leche materna. ....	52
6.2 Rol de los profesionales de la salud en la educación sobre la lactancia .....	55

6.3 Estrategias para mejorar la conciencia y el apoyo a la lactancia .....	57
Conclusiones .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Referencias .....	60

## Introducción

La lactancia es la alimentación que se le brinda a un recién nacido, compuesta por leche que puede ser tanto materna como de fórmula. El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) define la lactancia materna exclusiva como “un tipo de alimentación en la que el bebé sólo recibe leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido “a excepción de soluciones hidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos” (UNICEF, 2015). La leche materna es un tejido bioactivo que se conoce por ser complejo y con más de 200 componentes que se adapta a las necesidades y requerimientos del recién nacido tanto nutricionales como inmunológicos. Esta comienza como calostro y se transforma, a medida que pasan los días, la leche madura junto al crecimiento y desarrollo del niño (SoyYilmaz et al., 2021).

A nivel nacional únicamente 31% de niños y niñas menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva. Únicamente 54.4% de niños y niñas son colocados al seno materno durante la primera hora después del parto. En el sur del país, el inicio temprano de lactancia materna es menos frecuente (34.7%), así como en niños y niñas nacidos en hospitales privados (38.3 %) y por cesárea (37.9%). (UNICEF, 2015).

La NOM 007-SSA-2016 sugiere asegurar el cumplimiento del inicio de la lactancia materna dentro de los primeros 30 minutos de vida.

La UNICEF también hace énfasis en los beneficios económicos que representa la alimentación con leche materna con un efecto positivo en el desarrollo del infante fortaleciendo su sistema inmunológico, psicológico y cognitivo, disminuyendo la probabilidad de enfermedades y visitas a servicios de salud.

Los beneficios de la lactancia materna llegan a ser innegables y trascienden el binomio madre e hijo, impactando positivamente en diversas maneras a nuestra sociedad y ecosistema. Su relevancia es tal que se convierte en un tema de salud pública de nivel mundial, ejerciendo un impacto positivo al reducir la morbimortalidad infantil, especialmente en países en vías de desarrollo. Aunque hoy en día gana cada vez más popularidad la lactancia con fórmula, es importante que la Salud Pública siga promoviendo la lactancia ya que esta ofrece beneficios a largo plazo y contribuye a una mejor salud de la población al prevenir enfermedades como la obesidad y diabetes (Shamir, 2016). Por lo que, como profesionistas de la salud es importante en nuestra

rama, también fomentar la lactancia materna como parte de nuestro compromiso con la educación especialmente porque el ser humano, al igual que otros mamíferos, requiere de la lactancia para el correcto crecimiento craneofacial. Incluso en las primeras semanas de gestación, se desarrollan las estructuras necesarias implicadas en la succión, una adaptación vital para nuestra supervivencia. Podemos observar este reflejo de succión incluso en el período intrauterino, lo que demuestra cómo el ser humano se prepara para este evento crucial y, como la succión juega un papel en la prevención de alteraciones en el desarrollo dento-maxilofacial . (Shamir, 2016)

La lactancia materna implica una acción coordinada de los músculos faciales y la lengua del bebé para extraer leche del pecho de la madre. Esta acción contribuye al desarrollo de la musculatura oral y alineación de los dientes, lo que puede tener un impacto en la prevención de maloclusiones y deformidades faciales. El crecimiento craneofacial depende de una condición ósea y muscular favorable, y la lactancia materna representa un estímulo importante para este desarrollo.(Rodríguez, 2016)

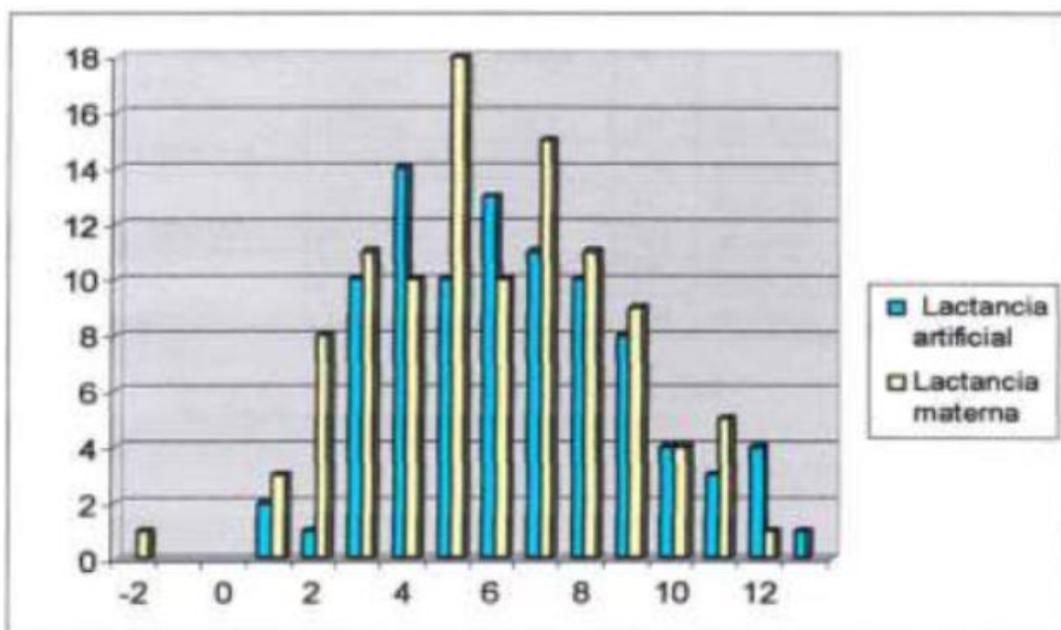
Además, la lactancia materna fomenta la respiración nasal, que es esencial para un desarrollo orofacial adecuado. Villafañe (2009) indica que la leche materna puede tener efectos beneficiosos en la salud respiratoria de los bebés, lo que está relacionado con el desarrollo orofacial. Esto se contrapone a la respiración oral, que puede ser más común en bebés alimentados con biberón y que se ha asociado con cambios en la postura facial y malos hábitos orales (Lopes, 2014).

La lactancia materna proporciona beneficios inmunológicos tanto para la madre como para el bebé, pero también influye en el desarrollo orofacial. Se ha observado que la acción de succionar durante la lactancia materna puede influir en la alineación dental y la función motora oral (Merino Morras, 2003). En un estudio de tesis doctoral que analizó el crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales de niños entre 6 y 11 años de edad en función del tipo de lactancia recibida, materna o artificial, la duración, y la relación entre el tipo de lactancia y otros hábitos orales asociados. Este estudio reporta que la frecuencia de la lactancia materna, que fue del 54.27 % entre el primer y segundo mes, del 42.71 % entre el tercer y sexto mes, y del 12.56 % más allá del sexto mes de vida del individuo.

Así mismo, encuentran que la lactancia materna favorece un mejor desarrollo orofacial comparada con la lactancia artificial y proponen que la lactancia podría inducir dos mecanismos: por un lado, actuando directamente sobre las estructuras dentales, hablando de la posición de los incisivos superiores, en comparación con la lactancia artificial donde encontraron un mayor número de incisivos protruidos. En el análisis esquelético, la relación vertical o sagital de la mandíbula presentó con mayor frecuencia un arco mandibular braquiocefálico en comparación con la lactancia artificial que presenta tendencia a dolicocefálico. En cuanto a la posición de los maxilares en sentido sagital, existió tendencia a la retrusión mandibular en pacientes que recibieron lactancia artificial y en valores como profundidad facial la distancia de pogonion nasion perpendicular, otra característica destacada fue que el labio inferior se observó protruido en pacientes con lactancia artificial. En cuanto a la duración de la lactancia materna, se observó que cuanto más prolongada sea, mejor inclinación tendrá el incisivo inferior y más correcta será la relación en sentido anteroposterior del maxilar y la mandíbula (clase I esquelética). (Sánchez Molins,2005)

### **Variables de estructuras dentales:**

#### **Protrusión del incisivo superior**



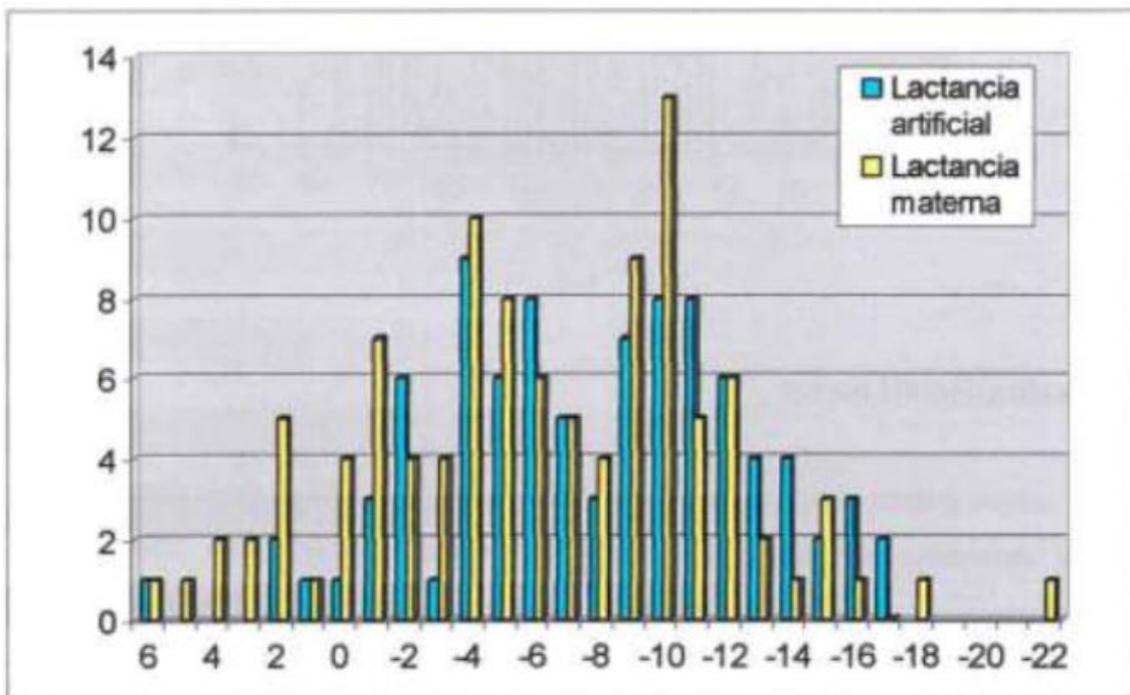
**Gráfica 1.** En el grupo de lactancia artificial, se constata que el incisivo superior está protruido, mientras que en el grupo de lactancia materna se encuentra dentro de la desviación clínica que se consideraba normal. Tomado de: Sánchez Molins M. Estudio del crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales del niño según el tipo de lactancia recibida (Tesis Doctoral) Universidad de Barcelona (España) 2005.

**Variables esqueléticas:**

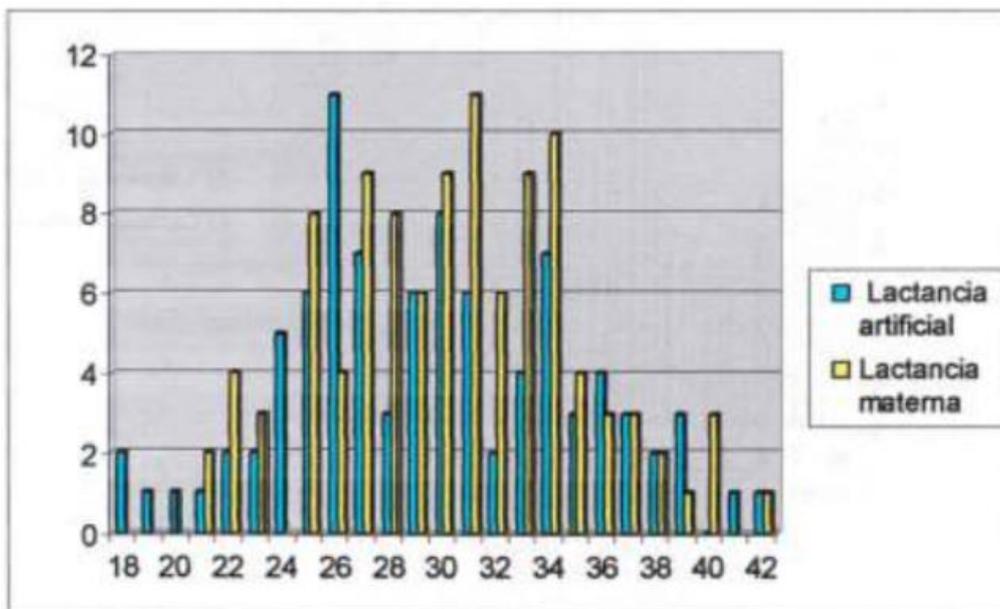
		N	Media	Desv. típica	Sig. Est. T de Student	Sig. Est. U de Mann-Whitney
Dist A/ Na Fr	artificial	91	-,5956	2,7245	P < 0,045	No sign.
	materna	106	,2009	2,7576		
Prof facial	artificial	91	85,8495	2,5158	P < 0,024	No sign.
	materna	106	86,7245	2,8239		
Alt fac post	artificial	91	53,937	3,3912	P < 0,059	P < 0,046
	materna	106	54,938	3,9702		
Local. Po	artificial	91	-41,4967	2,3632	P < 0,042	No sign.
	materna	106	-42,2255	2,6051		
Dist Pg/ NaFr	artificial	91	-7,7811	4,7019	P < 0,025	No sign.
	materna	106	-6,1632	5,3409		
Alt fac inf	artificial	91	45,9451	3,6758	P < 0,007	P < 0,005
	materna	106	44,5321	3,4373		
Ang mand Rc	artificial	91	28,5824	4,4083	P < 0,003	P < 0,006
	materna	106	26,5991	4,3017		
Ang mand St	artificial	91	35,992	4,5492	P < 0,071	P < 0,014
	materna	106	34,829	4,3836		
Eje facial	artificial	91	87,516	3,5874	No sign.	P < 0,047
	materna	106	88,018	3,5211		
Arco mand	artificial	91	29,389	5,3050	No sign.	P < 0,009
	materna	106	30,314	4,5814		

**Tabla 1.** Variables esqueléticas significativamente diferentes entre los grupos de lactancia materna y artificial. Tomado de: Sánchez Molins M. Estudio del crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales del niño según el tipo de lactancia recibida (Tesis Doctoral) Universidad de Barcelona (España) 2005.

**Distancia de pogonion a nasion perpendicular**

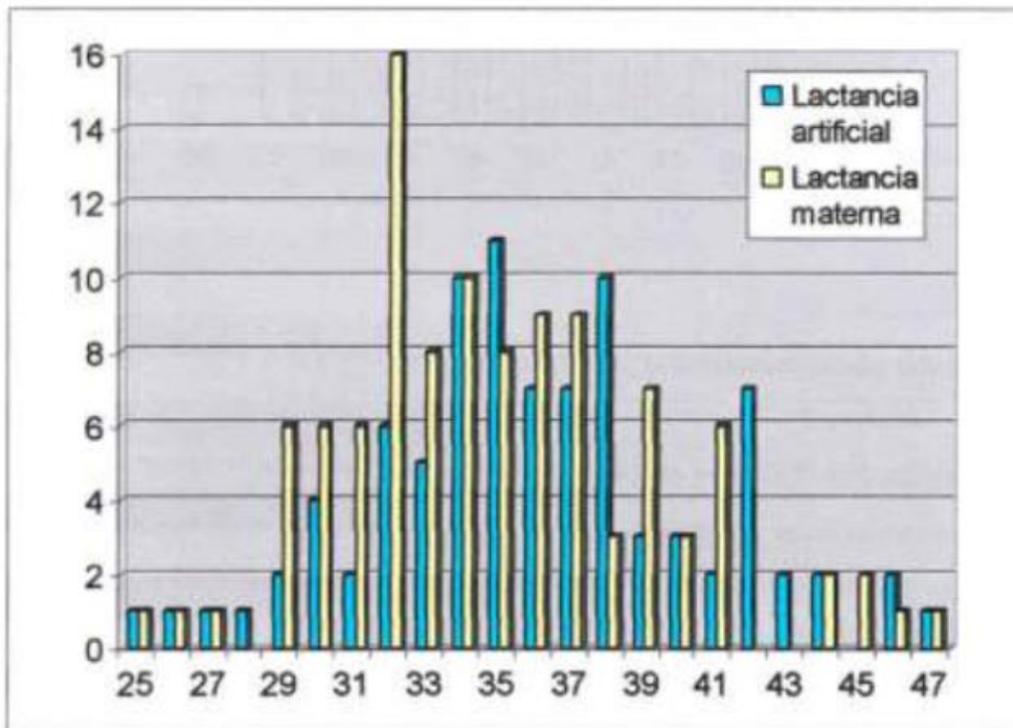


**Gráfica 2.** Las medidas de los dos grupos se encuentran dentro de la desviación clínica que determina una relación correcta de la sínfisis mandibular con la base craneal. Sin embargo, la diferencia entre ella es de 1.6 mm, encontrando la medida de la lactancia artificial más lejos del nasion perpendicular, y por tanto, la mandíbula en una posición más retrusiva en sentido anteroposterior. Tomado de: Sánchez Molins M. Estudio del crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales del niño según el tipo de lactancia recibida (Tesis Doctoral) Universidad de Barcelona (España) 2005.



### Arco mandibular

**Gráfica 3.** En el grupo de lactancia materna observamos un patrón de crecimiento mandibular braquiocefálico, mientras que en el de la lactancia artificial el patrón es mesocefálico. Tomado de: Sánchez Molins M. Estudio del crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales del niño según el tipo de lactancia recibida (Tesis Doctoral) Universidad de Barcelona (España) 2005.



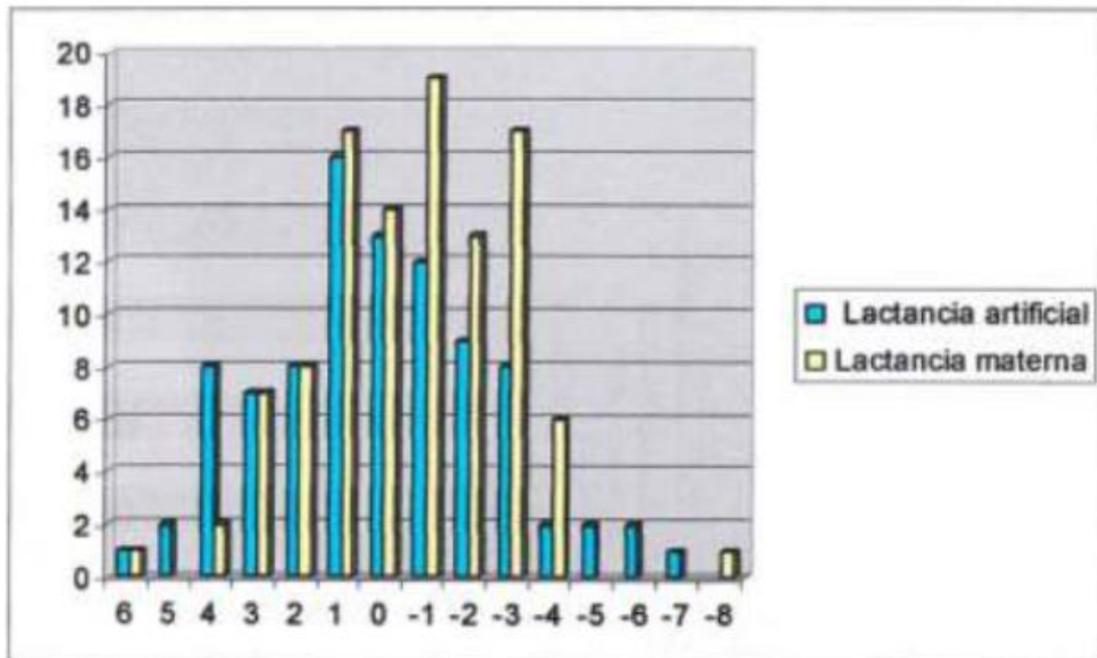
### Ángulo de plano mandibular de steiner

**Gráfica 4.** En ambos grupos observamos que sus medias se encuentran dentro de la desviación clínica que determina un patrón mesocefálico, con una diferencia entre ellas de un grado, siendo de valor inferior la media de la lactancia materna. El grupo de lactancia artificial presenta una media muy cercana al valor que determina un patrón dolicocefálico. Tomado de: Sánchez Molins M. Estudio del crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales del niño según el tipo de lactancia recibida (Tesis Doctoral) Universidad de Barcelona (España) 2005.

### Variables estéticas:

		N	Media	Desv. típica	Sig. Est. T de Student	Sig. Est. U de Mann-Whitney
Protrusión labio inf	artificial	91	,107	2,6368	P < 0,059	No sign.
	materna	106	-,552	2,2114		

**Tabla 2.** Variables estéticas significativamente diferentes entre el grupo de lactancia materna y el de artificial. Tomado de: Sánchez Molins M. Estudio del crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales del niño según el tipo de lactancia recibida (Tesis Doctoral) Universidad de Barcelona (España) 2005.



### Protrusión labial inferior

**Gráfica 5.** En el grupo de lactancia artificial el labio inferior se encuentra protruido, mientras que en el de lactancia materna este se encuentra dentro de la desviación clínica que aceptamos como normal. Tomado de: Sánchez Molins M. Estudio del crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales del niño según el tipo de lactancia recibida (Tesis Doctoral) Universidad de Barcelona (España) 2005.

Por último, aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos, encontraron influencia negativa en la presencia y duración de los hábitos orales, particularmente en los de succión no nutritiva. (Sánchez Molins, 2005). Sin embargo, la investigación en este campo sigue siendo un área activa de estudio para comprender mejor la relación entre la lactancia materna y el desarrollo orofacial.

Por ende, es importante considerar la lactancia como mucho más que un medio de alimentación y reconocerla como una herramienta que aporta grandes beneficios para el desarrollo anatómico, fisiológico, psicomotor y emocional del lactante.

Con el fin de obtener la máxima información actualizada sobre el tema a desarrollar se realizó una revisión bibliográfica sobre la lactancia materna, su

prevalencia según el área geográfica, sus ventajas, la duración, los factores que contribuyen al destete, los posibles riesgos asociados a la lactancia artificial y el desarrollo de la cavidad oral del lactante durante la lactancia natural y la artificial.

### Objetivo general

El objetivo de este estudio es analizar y destacar la importancia de la lactancia materna y la influencia que tiene en el desarrollo integral de los lactantes a través de la revisión exhaustiva de la literatura.

### Objetivos específicos

Identificar los estudios sobre la contribución de la lactancia materna a la formación adecuada de las estructuras anatómicas orales, y cómo esta práctica puede prevenir o mitigar potenciales alteraciones en el desarrollo dento-maxilofacial.

#### 1. Leche materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que el bebé sea alimentado con leche materna de forma exclusiva desde la primera hora de nacimiento y hasta los primeros seis meses de edad, momento en el que se inicia alimentación complementaria adecuada y segura (UNICEF, 2015).

#### 2. Lactancia materna: fundamentos esenciales

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señalan asimismo que la lactancia “es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños” (OMS, s/f).

La leche materna es un fluido bioactivo que contiene más de 200 componentes. En primera instancia, al momento del parto, la madre secreta calostro. El manual de lactancia materna del Ministerio de Salud de Chile (2010) lo define como: “un líquido amarillento y espeso, de alta densidad y poco volumen, contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E,A,K), carotenos, algunos minerales como sodio y zinc, y una gran cantidad de

inmunoglobulina A, que junto a la lactoferrina y una gran cantidad de linfocitos y macrófagos confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes y alérgenos del medio ambiente” (Ministerio de la salud de Chile, 2010). Su volumen reducido es clave para permitir una óptima coordinación entre succión, deglución y respiración. Dado que el estómago del recién nacido es aún pequeño, los aproximados 20 ml que se suministran resultan suficientes.

Después de la secreción del calostro, surge la leche de transición entre el 4° y el 15° día después del parto, caracterizada por un incremento significativo en la producción de leche conocido como la “bajada de leche”. Durante este período, se puede generar una producción diaria de entre 600 a 700 ml de leche. Se observa un aumento en el contenido de grasa, lactosa y valor calórico en comparación con el calostro, aunque también se experimenta una disminución en la concentración de inmunoglobulinas y proteínas debido a las necesidades cambiantes del niño (Ministerio de la salud de Chile, 2010).

La cuarta semana de vida marca la transición hacia la leche madura. La composición de la leche materna madura puede variar incluso dentro de la misma madre, adaptándose a estas necesidades cambiantes del niño a lo largo del día. Sus componentes principales incluyen agua, proteínas, carbohidratos, grasas, minerales y vitaminas. Además, contiene oligoelementos, enzimas y hormonas (Ministerio de la salud de Chile, 2010). El equilibrio entre macronutrientes, micronutrientes y otras sustancias en proporciones adecuadas favorece los procesos de digestión y absorción (Morales et al., 2022).

Dentro de los macronutrientes, los lípidos se destacan como la principal fuente de energía, mientras que las proteínas constituyen aproximadamente un tercio de los sólidos totales. Estas proteínas desempeñan un papel fundamental en el crecimiento saludable del recién nacido, además de desempeñar un papel crucial en el sistema inmunológico y en la modulación de la composición corporal. El nitrógeno proteico participa en funciones claves en procesos celulares, mediadores metabólicos, maduración del tracto intestinal, desarrollo de microbiota y función inmunitaria (Morales et al., 2022). Los carbohidratos están representados principalmente por la lactosa, principal disacárido de la

leche humana, necesario en el desarrollo del sistema nervioso central, además favorece el crecimiento de bacterias benéficas funcionando como probióticos. Los micronutrientes presentes en la leche materna madura se ven representados por hormonas, microRNAs, células vivas, factores de crecimiento y sustancias inmunoprotectoras (Morales et al., 2022). Estos ayudan a inhibir procesos inflamatorios, aumentar la producción de anticuerpos específicos, regular la expresión de genes modulando el ciclo celular en los mecanismos de proliferación, apoptosis, diferenciación y la respuesta inmune. Entre las hormonas presentes, se destacan la insulina, la leptina, la adiponectina y la ghrelina, conocidas por su capacidad para influir en el metabolismo y la composición corporal. Estas hormonas resultan esenciales para el desarrollo óptimo del infante. De este modo, la leche materna se presenta como un compuesto dinámico y adaptable, lo que la convierte en un fluido vivo y en constante cambio.

### 2.1. Lactancia y desarrollo del infante

La función de la leche materna va más allá de la simple nutrición, sino que también posee cualidades esenciales que contribuyen significativamente a la supervivencia y la salud en general del niño. Su papel como agente inmunoprotector y modulador del desarrollo celular destaca su relevancia insustituible en los primeros meses de vida. (Morales et al., 2022)

La nutrición en los infantes durante los primeros dos años de vida es crucial ya que el crecimiento es más rápido y aumenta su requerimiento energético, y al no darle una correcta alimentación complementaria puede haber deficiencias de micronutrientes, incluso, enfermedades infecciosas, diarreas o desnutrición por ello las principales recomendaciones para llevar a cabo una correcta alimentación complementaria en infantes son evitar alimentos potencialmente alergénicos, bebidas azucaradas, uso de edulcorantes artificiales, añadir alimentos paulatinamente, dependiendo su edad ir modificando la consistencia de los alimentos de acuerdo a la maduración neurológica y a la aceptación de los alimentos y tolerancia a ellos.

Existen etapas del desarrollo, iniciando de cero a veintiocho días, a esta edad se presentan los reflejos primarios en habilidades físicas y en habilidades de alimentación, el infante ya debe de succionar, deglutir, reflejo de extrusión de la lengua y reflejo de búsqueda hasta los seis meses, de uno a tres meses en habilidades físicas debe haber sostén cefálico, de tres a seis meses en cuanto a habilidades físicas, desaparecen los reflejos primarios , a partir de los seis a nueve meses en habilidades físicas ya hay una posición sedente, y reflejos de extensión protectora, en habilidades de alimentación hay coordinación, aparecen los primeros dientes, movimiento de masticación y experimentas nuevas texturas, de nueve a doce meses en habilidades físicas ya gatea, comienza a pararse y se sostiene, en cuanto a las habilidades de alimentación ya es más independiente para comer sin embargo aún no se le puede dejar solo, ya acepta cualquier textura y alimento, mejora la funcionalidad de los músculos de la cavidad oral, función motora, desarrollo y coordinación (Romero, 2016,pp.338-356).

## 2.2. Importancia de la lactancia materna exclusiva (LME)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la lactancia materna es la forma más eficiente de garantizar la salud y la supervivencia en los niños. Mencionan que la leche materna es el alimento ideal para los lactantes, ya que es segura, limpia y contiene anticuerpos que ayudan al infante a protegerse de enfermedades propias de la infancia. Además, proporciona toda la energía y nutrientes que un recién nacido necesita durante los primeros meses de vida para un óptimo desarrollo (OMS, s/f).

El lactante crece y se desarrolla de mejor manera teniendo menos posibilidades de desnutrición, tiene menor morbilidad y menos déficits nutritivos en cuanto a vitaminas y oligoelementos. En comparación con el lactante que se alimentó con fórmula artificial, el alimentado con leche materna cumple su primer año de vida con mejor peso y menor enfermedades. Se cumplen las mismas características en recién nacidos prematuros. La leche materna, adaptada a su apetito individual, proporciona micro y macronutrientes esenciales que van acorde a su desarrollo y crecimiento, al responder a sus requerimientos nutricionales. (OMS, s/f).

La lactancia además influye en el desarrollo biológico, psicomotor y social de los infantes. El vínculo Materno-infantil o binomio madre- hijo proviene de las interacciones que mantiene el niño con su madre de tipo corporal el cual brinda la sensación de seguridad y permitirá en un futuro tener un buen desempeño social con su entorno, además esta misma interacción con su madre le permitirá una adecuada asociación psicósomática entre su propio cuerpo y ambiente (Ospina, 2016).

La madre sirve de reguladora ante la satisfacción de necesidades del infante como son hambre, tranquilidad, sueño y acercamiento físico; al mismo tiempo en la regulación de la lactopoyesis.

La tendencia biológica de apegarse y buscar cercanía con la figura de apego formará una base segura para el niño, la cual le facilitará la exploración del mundo. Por lo tanto, el concepto de apego hace referencia a la búsqueda de proximidad por parte del niño en ciertas situaciones que percibe como adversas, esta proximidad tiene como objetivo brindar una experiencia de seguridad.

“El desarrollo psicomotor se expresa tanto en lo corporal como en lo cognitivo y emocional, además de ser la forma natural de ir adquiriendo habilidades durante la infancia” (Ospina, 2016). La adquisición de estas habilidades brinda al infante una independencia motora que se asocia con el desarrollo de destrezas sociales y exploratorias. Este proceso está influido por el entorno y, en sus primeras interacciones, ocurre durante la lactancia materna. Durante esta etapa, el niño estimula sus sentidos, como la visión y el oído, a través de interacciones visuales y auditivas, además de los reflejos orofaciales y acústico faciales. Esto sienta las bases para futuras relaciones y conexiones sociales, ya que el infante aprende a reconocer y responder a las señales emocionales y expresiones faciales de su madre. La lactancia materna destaca su papel esencial en brindar a los recién nacidos un comienzo saludable y equilibrado en su camino hacia un desarrollo completo y satisfactorio. (Ospina, 2016).

### 2.3. Beneficios y ventajas de la lactancia materna exclusiva

Los beneficios de la lactancia materna exclusiva se pueden observar en diferentes áreas que rodean el entorno del recién nacido.

### 2.3.1. Beneficios para el recién nacido/ infante:

La lactancia materna exclusiva fomenta desde el principio la relación entre madre e hijo, fortaleciendo el vínculo de esta díada. Además, promueve y potencia el desarrollo psicomotor y el crecimiento normal del cerebro del recién nacido. Uno de los beneficios más significativos es el fortalecimiento del sistema inmunológico, ya que protege al infante contra una amplia variedad de enfermedades infantiles, incluyendo enfermedades respiratorias, gastrointestinales y alergias. Dentro de los componentes inmunológicos que provee la leche materna están las inmunoglobulinas, lisoenzima, lactoferrina, citoquinas, leucocitos lo que le proporciona al niño inmunidad activa siendo esencial para su desarrollo (Novillo et al., 2019).

Brahm y Valdés (2017) demuestran que “cualquier volumen de lactancia materna es protectora, ésta se asocia a un 64% de reducción de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, y además existe un efecto protector residual hasta dos meses después de suspendida la lactancia” (Brahm y Valdeés, 2017). La lactancia materna puede proteger en hasta un 80% de episodios de diarrea en comparación al grupo de amamantados por fórmula láctea, por lo tanto, son bebés que van a presentar un menor porcentaje de hospitalización por esta causa.

Respecto a las enfermedades respiratorias los niños no alimentados por LME presentan quince veces más riesgo de enfermarse por neumonía y tienen el doble de posibilidades de mortalidad por neumonía (Brahm y Valdeés, 2017). Incluso se demuestra que el riesgo por infección respiratoria los amamantados con LME tienen hasta un 74% menos de hospitalizarse por esta causa en el primer año de vida (Eidelman et al., 2012). Así mismo se ha reportado asociación entre la LME y el riesgo reducido para padecer otitis media aguda y recurrente, infecciones respiratorias altas y bajas, bronquiolitis por virus sincicial respiratorio grave, mortalidad por neumonía y por causas generales y hospitalizaciones por infecciones respiratorias agudas baja (Strain et al., 2017). La LME al potenciar el sistema inmunológico ayuda a disminuir la prevalencia de enfermedades como atopía, asma, rinitis y alergias respiratorias y

alimentarias. En una revisión sistemática realizada en países desarrollados se observó que la lactancia materna de al menos de tres meses disminuye el riesgo de asma en un 27 % en aquellos infantes que no poseen antecedentes familiares de asma, sin embargo, los que sí poseen antecedentes familiares de asma tienen mayor beneficio, ya que se reduce el riesgo en hasta un 40% en niños menores de diez años que tienen la historia de amamantamiento por LME (Brahm y Valdés, 2017).

Si bien pueden existir resultados diversos sobre la protección a la atopia, si se ha evidenciado la protección de un 27% para dermatitis atópica, eczema y rinitis al ser alimentados por al menos tres meses por LME. Entre los beneficios que podemos notar y que perduran a largo plazo después del destete, se incluye una menor incidencia de obesidad, una reducción en el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, y una protección contra enfermedades cardiovasculares como la hipertensión crónica y la dislipidemia (Strain et al., 2017). En 2012 se demostró que “la duración de la lactancia está inversamente relacionada al riesgo de sobrepeso con el riesgo de sobrepeso, cada mes extra de lactancia se asocia a un 4% de disminución del riesgo” (Eidelman et al., 2012).

A nivel global, se confirma la premisa de que las tasas de obesidad son significativamente más bajas en niños que fueron alimentados exclusivamente con leche materna (LME). Estas tasas pueden variar en un rango del 15 al 30%, lo que representa un menor riesgo de desarrollar obesidad durante la adolescencia y la edad adulta (Brahm y Valdés, 2017). Además, se ha demostrado que la LME no solo protege contra la obesidad, sino también contra la malnutrición infantil.

En lo que respecta a la hipertensión arterial crónica, se sugiere que la LME contribuye a mantener niveles de presión arterial media y diastólica más bajos en comparación con aquellos niños alimentados con fórmula láctea. En cuanto a la dislipidemia, las investigaciones han demostrado una reducción en los niveles de colesterol total en el grupo que recibió LME en comparación con el grupo que no lo recibió. (Brahm y Valdés, 2017).

A través de una revisión sistemática observó que la lactancia materna por sobre los seis meses estaba asociada a un 19% menos riesgo de desarrollar leucemia durante la infancia.

Respecto a la enterocolitis necrotizante para poder disminuir el riesgo de contraerla es de suma importancia la lactancia materna dentro de los primeros días de vida del lactante. En recién nacidos prematuros que son alimentados con lactancia materna está relacionada entre 58 a 77% de disminuir el riesgo de presentarla (Brahm y Valdés, 2017). También se ha visto que ayuda en un 52% a los infantes que son amamantados por lactancia materna presenten enfermedad celíaca al momento de la alimentación complementaria.

En el estudio de Mila Y. (2020) reportó que la lactancia materna exclusiva de manera prolongada tiene una positiva influencia en el desarrollo cognitivo donde “a mayor tiempo de lactancia, los niños logran un mayor puntaje en pruebas intelectuales” donde los resultados no solo se observan en la niñez si no también en la adultez (Mola, 2020). Además, existen otros reportes sobre las diferencias entre los grupos de aquellos que fueron alimentados con fórmula en comparación con los alimentados con LME, siendo este último grupo beneficiado con mayor desarrollo cognitivo, mejor puntuación de coeficiente intelectual verbal y de ejecución, en razonamiento perceptivo y velocidad de procesamiento (Bernard et al 2013). Por otro lado, también se observó que la lactancia materna funciona como factor protector para presentar déficit de atención y trastorno del espectro autista siempre y cuando la lactancia haya sido mayor de seis meses.

Así, podemos apreciar que la suma de todos los beneficios que proporciona la lactancia materna exclusiva al infante contribuye a la prevención del 13% de la mortalidad infantil a nivel global (Mola, 2020). Además, la lactancia materna durante al menos tres meses reduce en un 14% la mortalidad infantil durante el primer año de vida (Brahm y Valdés, 2017).

Los lactantes alimentados con LME tienen una población microbiana más estable y uniforme en comparación con los alimentados con fórmula, e incluso pequeñas cantidades de suplementos de fórmula en lactantes amamantados cambian el microbiota normal al patrón de los lactantes alimentados solo con fórmula. Esto tiene implicaciones futuras, ya que la microbiota adquirida en la primera infancia es fundamental para determinar la respuesta y tolerancia inmunitarias, y las alteraciones del medio intestinal son responsables de la inflamación de la mucosa, patología autoinmune y trastornos alérgicos en niños y adultos. (Brahm y Valdés, 2017)

El consumo de leche materna o fórmula en recién nacidos genera cambios en el microambiente intestinal, que a su vez conduce a cambios en la composición y diversidad de la microbiota (MT) del recién nacido. Este último es colonizado en su intestino por proteobacterias y firmicutes, seguido por la colonización por actinobacteria, lactobacillus, bifidobacterium y streptococcus al entrar en contacto con la leche materna. Las potenciales fuentes de bacterias en la leche materna son la MT intestinal de la madre a través de la vía entero-mamaria, la MT de la piel y la MT oral del lactante. Adicionalmente, la composición y la diversidad de la MT, presente en la leche materna, difiere de acuerdo con la edad gestacional, el peso de la madre, la vía de parto y la etapa de la lactancia (Serrano & Harris, 2016).

### 2.3.2. Beneficios para la madre:

El bebé, al succionar la leche estimula la producción de hormonas que contraen el útero y ayudan a eliminar los loquios, restos de sangre y placenta que quedan tras el parto. La lactancia materna ayuda a incrementar los niveles de la oxitocina, hormona que ayuda a reducir el sangrado postparto y a contraer el útero. También la lactancia ayuda a perder peso de forma natural. Dar de mamar consume entre 450 y 500 calorías al día, lo que ayuda a la mamá a perder peso más rápidamente después del embarazo. Existe evidencia científica que asocia amamantar con un menor riesgo de osteoporosis, cáncer de mama, de útero y ovarios e infecciones de las vías urinarias. Supone un ahorro de tiempo y dinero. La leche materna es gratis y el precio de la fórmula suele ser elevado. Además, está siempre lista y disponible. No requiere preparación ni recipientes especiales, está a la temperatura ideal y el recién nacido decide la cantidad que necesita. Favorece el descanso. Las tomas nocturnas son más fáciles ya que la hormona prolactina, que estimula la producción de leche, tiene un efecto relajante en la madre y el niño. También, la lactancia favorece el contacto físico entre madre y el infante. La oxitocina también se relaciona con el surgimiento de sentimientos positivos, como amor, apego y felicidad. Niveles elevados de esta hormona durante la lactancia materna hacen a la mamá menos propensa a padecer depresión postparto, y de paso ayuda a establecer el apego materno con el recién nacido. La

capacidad de satisfacer física y emocionalmente al niño aumenta la autoconfianza de muchas madres. Por último, la lactancia materna protege a la mujer en la regulación de la fecundidad de manera natural siempre y cuando ésta sea de manera ininterrumpida y favorece al espaciamiento entre los nacimientos (Minchala et al., 2020).

#### 2.4. Duración recomendada de la lactancia materna

A pesar de que la comunidad científica reconoce ampliamente los innumerables beneficios de la lactancia materna para la salud, existe una notable discrepancia de opiniones y recomendaciones en lo que respecta a la duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Desde el año 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha apoyado campañas para promover la lactancia materna exclusiva durante seis meses de acuerdo a la norma. Sin embargo, en los países desarrollados, el debate reciente se ha centrado en la adecuación de los micronutrientes y la magnitud de los beneficios para la salud asociados a esta práctica. (OMS, 2011).

En el estudio de Kramer & Kakuma (2012) realizaron una evaluación exhaustiva de los efectos de la lactancia materna exclusiva durante seis meses en la salud, el crecimiento y el desarrollo infantil, así como en la salud materna, en comparación con la lactancia materna exclusiva durante tres a cuatro meses, seguida de la introducción de alimentos complementarios líquidos o sólidos con lactancia materna continua hasta los seis meses. Dentro de los resultados que encontraron que los lactantes que son amamantados exclusivamente durante seis meses experimentan una menor morbilidad por infecciones gastrointestinales en comparación con aquellos que reciben alimentación complementaria más temprano, y las madres que practican la lactancia materna prolongada experimentan una amenorrea más prolongada. (Kramer & Kakuma, 2012).

Aunque es esencial tratar a cada lactante individualmente y brindar intervenciones apropiadas cuando sea necesario, la evidencia disponible hasta la fecha no sugiere riesgos aparentes al recomendar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida como una política general

tanto en entornos de países en desarrollo como desarrollados (Kramer & Kakuma, 2012).

Así mismo, otros estudios como el de Pattison y colaboradores (2019), buscaron entender la relación entre la lactancia materna y la salud de los niños, incluyendo su peso hasta los 3 años. Con la participación de 3006 mujeres en el estudio prospectivo longitudinal denominado First Baby Study, realizado entre 2009 y 2014. Durante este análisis, se evaluaron tanto el inicio como la duración de la lactancia materna utilizando datos auto informados proporcionados en encuestas realizadas a los 1, 6 y 12 meses después del parto. La salud infantil, en términos de enfermedades, se examinó a través de entrevistas realizadas a los 6, 12 y 24 meses (Pattison et al., 2019).

Para determinar el sobrepeso/obesidad y la obesidad, se utilizaron las mediciones de altura y peso de los niños a los 3 años. Los autores encontraron que una mayor duración de la lactancia materna se asociaba con una menor incidencia de enfermedades agudas reportadas a los 6 meses, así como menos episodios de enfermedades diarreicas o estreñimiento a los 6, 12 y 24 meses. También, observaron que menos niños que habían sido amamantados, en comparación con aquellos que no lo fueron, presentaban sobrepeso/obesidad a los 3 años (23,5% vs. 37,8%) o eran obesos (9,1% vs. 21,6%). Además, identificaron una correlación negativa entre la duración de la lactancia materna y el sobrepeso/obesidad (Pattison et al., 2019).

Los resultados de estos estudios respaldan la idea de que la prolongación de la lactancia materna se relaciona con una disminución en la incidencia de enfermedades agudas en los primeros 6 meses de vida, así como en episodios de enfermedades diarreicas o estreñimiento a los 6, 12 y 24 meses. Además, sugieren que la lactancia materna tiene un efecto protector contra el sobrepeso/obesidad infantil, ya que los niños que recibieron leche materna durante 6 meses o más mostraron una menor probabilidad de tener sobrepeso/obesidad a los 3 años.

## 2.5. Factores que influyen en la decisión de amamantar

Existe una significativa importancia de la lactancia materna en la mejora de la salud materna e infantil, respaldada por la literatura profesional durante varias

décadas. A pesar de esta evidencia, las tasas de lactancia materna aún no cumplen con los estándares recomendados por varias organizaciones de salud de renombre. Múltiples factores influyen en las decisiones de las madres sobre la alimentación de sus bebés, incluyendo su conocimiento, actitudes, contexto sociocultural y el apoyo que reciben.

En un estudio descriptivo cualitativo en donde los datos fueron recopilados mediante entrevistas, participaron 152 mujeres en el período posparto que habían dado a luz a bebés sanos a término en las últimas 72 horas, en un gran centro médico terciario en el Distrito de Columbia. De este grupo, el 38% practicaba la lactancia exclusiva, el 16% alimentaba exclusivamente con fórmula y el 46% combinaba la lactancia materna con la alimentación con fórmula. Las edades de las mujeres oscilaban entre 17 y 39 años, con una edad promedio de 26 años. La mayoría poseía educación secundaria, estaban casadas, trabajaban fuera del hogar y eran nativas de los Estados Unidos. En cuanto a la experiencia maternal, el 54% eran multíparas, mientras que el 46% eran primíparas. En cuanto a la identificación étnica, el 42% se autodenominó como blancas, el 26% como afroamericanas y el 32% como hispanas. (Radzyminski & Callister, 2016)

Además de los factores demográficos como el estado civil, la educación y la raza/etnia, la cultura, la familia y la confianza materna en la capacidad de amamantar son determinantes clave en la elección de la lactancia materna. Las madres que se sienten seguras y comprometidas con la lactancia tienen más probabilidades de tener éxito, independientemente de los obstáculos. La autoestima materna también influye en la elección de la alimentación, ya que las madres que amamantan tienden a tener una mejor autoimagen (Radzyminski & Callister, 2016).

La percepción del apoyo proporcionado por el personal del hospital es un factor crucial en el éxito de la lactancia materna. Las madres que sienten que el personal del hospital es neutral en sus decisiones de amamantar tienen más probabilidades de destete temprano. Además, se revela que las diferencias culturales, el apoyo social y la autoestima materna pueden influir en la decisión de alimentar con fórmula. A menudo, las madres que optan por la alimentación con fórmula pueden sentir una mayor culpa o estrés debido a la presión social y a la consideración de la lactancia materna como la opción superior de nutrición infantil (Radzyminski & Callister, 2016).

En una revisión sistemática del 2022 para investigar sobre posibles factores biopsicosociales predictivos que pudieran afectar el deseo y la duración de amamantar se analizaron artículos desde el 2000 hasta el 2022 se encontraron los siguientes factores: (Asimaki et al., 2022)

#### Factores sociodemográficos

- La edad de la madre desempeña un papel significativo, siendo que las madres más jóvenes tienen más probabilidades de no amamantar a sus bebés durante los seis primeros meses. Por otro lado, las madres mayores tienden a mostrar una actitud más positiva hacia la lactancia materna y una mayor intención de continuar con ella.
- La ocupación de la madre. Se ha encontrado que las madres que trabajan a tiempo completo tienen una mayor tendencia a finalizar la lactancia materna antes en comparación con aquellas que trabajan a tiempo parcial o son autónomas. Esto puede deberse a las demandas laborales y la dificultad para equilibrar el trabajo y la lactancia.
- El nivel educativo y los ingresos familiares son factores sociodemográficos que influyen en la decisión de amamantar, las mujeres con mayor educación y un estatus socioeconómico más alto tienden a optar más por la lactancia materna.

#### Factores psicológicos

- la autoeficacia de la madre juega un papel crucial en la duración de la lactancia materna. Aquellas madres que se sienten más seguras de sí mismas en relación con la lactancia materna tienden a amamantar durante más tiempo. Además, la intención de amamantar y la perspectiva mental de la madre durante el embarazo también influyen en la lactancia materna exitosa.
- Tipo de alimentación que la madre recibió en su infancia. Se ha observado que las mujeres que fueron amamantadas cuando eran bebés tienen más probabilidades de optar por la lactancia materna para sus propios hijos en comparación con las madres que fueron alimentadas con fórmula.

- El apoyo y el asesoramiento a la lactancia materna también son cruciales. Las madres que reciben apoyo de profesionales de la salud y participan en grupos de apoyo de pares tienen una mayor probabilidad de continuar con la lactancia materna. La personalidad materna, incluyendo rasgos como la estabilidad emocional, la extraversión y la escrupulosidad, también puede estar relacionada con la duración de la lactancia materna.

#### Factores biológicos

- el hábito de fumar durante la lactancia se ha asociado con la finalización temprana de la misma debido al impacto negativo de la nicotina en la producción de leche y los patrones de sueño del bebé.
- La obesidad materna también se relaciona con un menor inicio y duración de la lactancia materna.
- El parto por cesárea es otro factor que puede estar relacionado con un cese temprano de la lactancia materna.
- Las complicaciones durante el parto, como el sufrimiento fetal o la hemorragia posparto, también pueden influir en la duración de la lactancia materna.

De lo cual concluyeron que, la toma de decisiones maternas en relación con la alimentación infantil es un proceso complejo y multifactorial. La influencia de factores como la edad materna, el nivel educativo, el contexto sociocultural y el apoyo profesional y social desempeña un papel importante en estas decisiones. Sin embargo, se necesita más investigación para comprender completamente las percepciones de las madres en relación con sus opciones de alimentación infantil, tanto en el contexto de la lactancia materna como en el de la alimentación con fórmula.

### 3.Desarrollo orofacial en bebés y niños

El desarrollo orofacial en bebés y niños es un tema de profundo interés y relevancia en el ámbito de la salud infantil. Este campo de estudio abarca tres aspectos fundamentales que merecen nuestra atención y comprensión: la anatomía y fisiología del sistema orofacial, el desarrollo normal del sistema

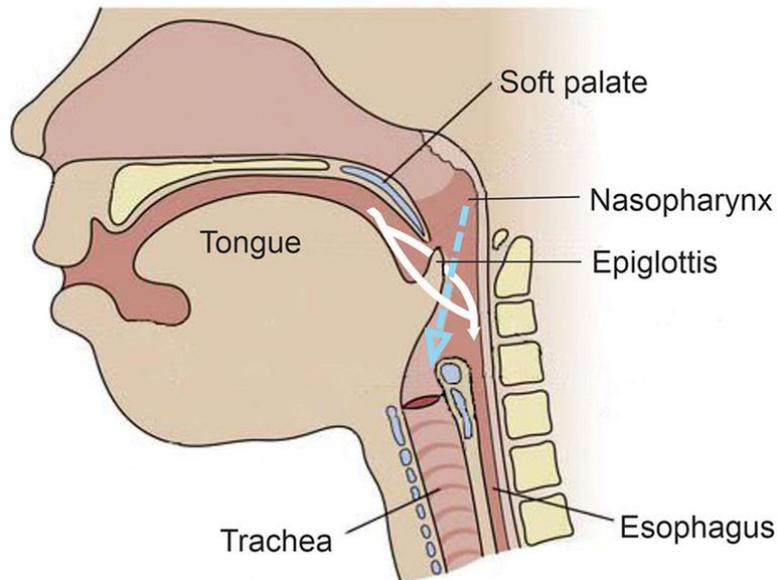
orofacial en la infancia y la importancia crucial de un desarrollo orofacial adecuado. (Ministerio de Salud de Chile, 2010).

### 3.1 Anatomía y fisiología del sistema orofacial

La boca es como un complejo anatómico, ya que abarca funciones fisiológicas y nutricionales como estructuras anatómicas.

Durante el desarrollo intrauterino, específicamente en el período de organogénesis que abarca desde la cuarta semana de gestación hasta la octava semana de gestación, se inicia la formación de las características faciales. Entre estas, la mandíbula y el labio inferior se destacan al ser las primeras estructuras en tomar forma. Este proceso es inducido por la multiplicación de células provenientes de la cresta neural (Arteaga y García, 2017). Hacia la séptima semana, se completa el desplazamiento hacia la línea media de los procesos maxilares y las prominencias nasales mediales. Posteriormente, estos elementos se fusionan, dando lugar a lo que se conoce como segmento intermaxilar. Este segmento desempeñará un papel crucial en la configuración del labio y la encía superior, así como en la formación del paladar primario.

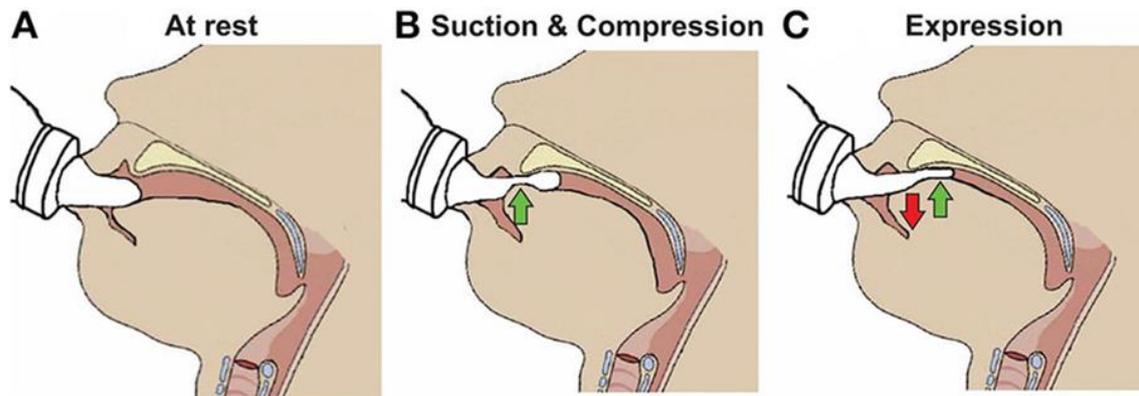
Desde la octava semana en adelante, se termina la formación de los diecisiete músculos que conforman la lengua, la cual ya se encuentra en la base de la boca. Además, en este período se desarrollan las papilas gustativas, que en conjunto con los músculos facilitarán la capacidad de movimiento para la deglución. Estos movimientos de deglución podrán ser apreciados a partir de esta semana. (Arteaga y García, 2017)



**Figura 1.** Anatomía y fisiología del lactante durante la alimentación. A diferencia del adulto, la epiglotis asciende hacia el paladar blando durante la alimentación. El blanco indica la comida líquida y demuestra cómo se hace para rodear la epiglotis y llegar al esófago. La flecha azul punteada indica el aire que sale del conducto nasal durante la alimentación y demuestra su flujo laminar hacia la tráquea. Tomado: Shadley S. Abnormal Nutritive Sucking as an Indicator of Neonatal Brain Injury. JOUR Frontiers in Pediatrics 2021.

Ya en el recién nacido, los músculos de la cara y cuello involucrados en la lactancia son más de noventa y todos participan en el desempeño del sistema estomatognático, los cuales tienen una alta inervación lo que brinda una especialización neurótica – sensorio – motora que colaboran a la coordinación al momento del amamantamiento. Cada músculo además tiene un par homólogo en el hemicráneo lo que les permite funcionar de manera interdependiente. (Arteaga y García, 2017).

Las mejillas están formadas por el músculo buccinador, que, junto con el músculo constrictor superior de la faringe, forma el cinturón labio-yugal, desempeñando un papel esencial en las acciones de succión y deglución. En esta región, se localizan las bolsas de Bichat, cojinetes que contienen tejido graso entre los músculos masetero y buccinador. Estas bolsas evitan que la mejilla se introduzca entre los rodetes maxilares durante la succión, al generarse el vacío (Brito et al., 2020).



**Figura 2.** Habilidades necesarias para la succión de bebés. (A) Lactante en reposo con el pezón dentro de la boca. (B) Se aplica succión al pezón para introducirlo más en la boca y formar una tetina y la punta de la lengua comienza a comprimirlo. (C) Expresión del pezón por el movimiento de la lengua contra el paladar duro. Tomado: Shadley S. Abnormal Nutritive Sucking as an Indicator of Neonatal Brain Injury. JOUR Frontiers in Pediatrics 2021.

En los rodetes o almohadillas gingivales es donde se van a desarrollar los dientes temporales y, los permanentes más adelante. En esta estructura, en el recién nacido, se localiza el cordón fibroso de Robin y Magilot. Este cordón se encuentra bastante desarrollado en los lactantes y es altamente vascularizado, ya que cumple la función de contribuir a la deglución durante la lactancia, por ende, desaparecen cuando comienza la erupción dentaria. A lo largo de los rodetes podemos observar formaciones de coloración blanco- grisáceo llamados nódulos de Bohn formados por restos embrionarios de tejido glandular mucoso que evolucionarán con el tiempo (Gómez, 2020). Las perlas de Epstein, a menudo se observan en recién nacidos, son a veces mal interpretadas por los padres como dientes, estas perlas se describen como "tumorações quísticas pequeñas de 0.5 a 3 mm de diámetro, de color perlado, localizadas en la línea media del paladar. Podrían corresponder a pequeñas islas de tejido epitelial atrapadas durante la fusión de los procesos maxilares y clínicamente se manifiestan como pequeños nódulos blanquecinos" cuya composición principal es de queratina; estas estructuras tienden a desaparecer con el tiempo, especialmente durante el período de lactancia. (Licla, 2016)

Los labios del recién nacido están compuestos por el músculo orbicular formando una banda circular alrededor de las comisuras actuando como esfínter (Ministerio de Salud de Chile, 2010). Una estructura ampliamente innervada es el botón labial del lactante que se ubica en la parte media labio del labio superior del niño que tienden de crecer en volumen cuando está en contacto con la mama, le concede fijar la areola y funciona como contacto en la lactancia (Licla, 2016). Los labios presentan una mucosa labial que sirve para una mayor sensibilidad y una mejor adherencia a la mama materna.

El paladar desempeña un papel fundamental en la interacción entre succión, deglución y respiración, ya que su parte superior se encuentra vinculada con los conductos que llevan a la tuba auditiva. Los ritmos de succión y deglución generan movimientos rítmicos que contribuyen a la apertura y el cierre de la boca de manera coordinada, transmitiendo al oído las variaciones de presión necesarias para su correcto funcionamiento (Ministerio de Salud de Chile, 2010).

Desde una perspectiva anatómica, el paladar comienza su desarrollo al final de la quinta semana y concluye en la décimo segunda semana de gestación. Este constituye tanto el techo de la cavidad bucal como el piso de las cavidades nasales. Asimismo, actúa como barrera entre la cavidad bucal y las cavidades nasales y nasofaríngeas. La superficie superior del paladar, también conocida como techo nasal, está cubierta por mucosa respiratoria, mientras que la parte inferior, que es el techo de la cavidad bucal, está revestida principalmente de mucosa bucal y contiene abundantes glándulas (Arteaga y García, 2017).

El paladar está estructurado por el paladar duro y el paladar blando. El segmento frontal del paladar, conocido como paladar duro, abarca los dos tercios iniciales y presenta una estructura abovedada. Está formado por los procesos palatinos de los maxilares y las láminas horizontales de los huesos palatinos. Mientras que el segmento posterior del paladar, conocido como paladar blando, ocupa el tercio posterior del paladar y se caracteriza por su falta de estructura ósea, además de su capacidad de movimiento. En su extremo posterior inferior, el paladar blando muestra un borde curvado y libre, del cual brota una prolongación llamada úvula. (Arteaga y García, 2017)

El frenillo labial "es una estructura compuesta por tejido fibroso recubierto de mucosa. Es dinámico y variable en forma, tamaño y posición durante las

diferentes etapas de desarrollo y crecimiento” (Gómez, 2020). Se proyecta en el recién nacido desde la base anterior de la lengua hasta la base del hueso alveolar de la mandíbula, para luego con las semanas de crecimiento se posiciona en la porción central de la cara ventral de la lengua, la que con el tiempo será su posición permanente.

Mientras el niño se encuentre en lactancia las glándulas salivales se desarrollan poco y generan pequeñas cantidades de saliva. Con los meses y con los movimientos de la mandíbula, estas glándulas comienzan a crecer para cumplir su función en el momento en el que se realice el cambio de alimentación en el infante. (Gómez, 2020).

El maxilar superior compone la estructura elemental del tercio medio de la cara. Proporciona una fuerte protección a los nervios y vasos sanguíneos. Mientras que el maxilar inferior o mandíbula es la estructura principal del tercio inferior de la cara; es un hueso móvil que se une al resto de la estructura facial a través de la articulación témporo – mandibular (ATM). Cumple importantes funciones junto con otras estructuras ya mencionadas para el movimiento de succión y deglución en el amamantamiento como también en el equilibrio postural de la cabeza. (Gómez, 2020).

La articulación témporo-mandibular (ATM) experimenta un considerable desarrollo morfofuncional durante la etapa de lactancia. Los movimientos de adelantamiento y descenso de la mandíbula, esenciales para la succión, desempeñan un papel crucial en la evolución tanto del cóndilo articular como de la porción petrosa del hueso temporal, que aloja el oído. Otro aspecto significativo de la ATM es su carácter de articulación doble, lo cual contribuye a mantener movimientos uniformes y regulares en relación con la línea media del cuerpo. Esto explica por qué el recién nacido no debe inclinar la cabeza durante la lactancia, ya que esto obstaculiza la eficacia de los músculos involucrados en la mecánica de succión, deglución y respiración. (Gómez, 2020).

## 3.2 Desarrollo normal del sistema orofacial en la infancia

### 3.2.1 Reflejos presentes en la lactancia

Los reflejos en el recién nacido desempeñan un papel esencial en su capacidad para iniciar y mantener una lactancia exitosa desde los primeros

momentos de la vida. Estos reflejos, respuestas automáticas e innatas a estímulos específicos, son una parte fundamental del desarrollo temprano del niño y juegan un papel importante en la búsqueda, captura y succión del pecho materno. A medida que el recién nacido se adapta al mundo exterior, estos reflejos desempeñan un papel clave en su habilidad para alimentarse de manera efectiva, proporcionando una base para el crecimiento y la nutrición óptima durante sus primeros días y semanas de vida. (Ministerio de Salud de Chile, 2010)

Álvarez a través de recopilación bibliográfica describe los reflejos orofaciales presentes en la lactancia materna. (Álvarez, 2015)

Reflejos adaptativos:

1. El primero es el reflejo de búsqueda del pezón y de la apertura de la boca, que es cuando el recién nacido abre su boca buscando el pezón cuando algo toca ligeramente su mejilla o labios y mueve su cabeza en su búsqueda. La lengua se aplana en la boca para recibir el pecho materno. Este reflejo desaparece después de los primeros tres y seis meses de edad.
2. El reflejo de protrusión lingual es el que permite generar el vacío entre la boca del recién nacido y el pecho materno. La lengua avanza y se ubica en los rodetes maxilares para cubrir al pezón y la zona inferior de la areola facilitando el cierre hermético y ayudar a la coordinación de los movimientos de succión y deglución.
3. El reflejo de succión posibilita movimientos coordinados entre la lengua y la mandíbula para succionar el pecho materno, la manera en que el lactante toma el pezón es de manera instintiva. Es un reflejo que se presenta desde el nacimiento que ya en los tres primeros meses es una acción voluntaria, la succión involuntaria comienza a ausentarse entre los seis y doce meses de edad.
4. El reflejo de deglución es adaptativo. Se manifiesta posterior al reflejo de succión y es parte del complejo de alimentación.

Reflejos protectores:

1. El reflejo de tos se presenta cuando en el lactante se produce una incoordinación en los movimientos de succión – deglución –

respiración y ocurre por la aparición de sustancias ajenas en la vía aérea. Es un reflejo que se permanece durante toda la vida.

2. El reflejo de arcada, similar al reflejo nauseo que inicia en las rugas palatinas o tercio anterior de la lengua, para luego desencadenarse en la región posterior cuando se presente la masticación.
3. El reflejo de mordida que se encarga de ejercer presión sobre la encía desaparece en el séptimo a noveno mes y será sustituido por un patrón de masticación posteriormente.

### 3.3 Importancia de un desarrollo orofacial adecuado

La lactancia materna contribuye significativamente al desarrollo orofacial saludable. Cuando un bebé se alimenta directamente del pecho de su madre, se activan una serie de movimientos musculares y coordinación oral que son fundamentales para el desarrollo de los músculos faciales, la mandíbula y el paladar. Estos movimientos contribuyen a la formación de una correcta alineación de los dientes y una oclusión adecuada, lo que a su vez previene trastornos de maloclusión en el futuro (Narbutytė et al., 2013).

Además, la succión durante la lactancia materna también estimula el desarrollo del paladar, ayudando a que tenga la forma adecuada para permitir una respiración nasal eficiente. Esto es crucial, ya que una respiración nasal adecuada favorece el desarrollo de una estructura facial armoniosa y previene problemas como las formas faciales colapsadas y la apnea obstructiva del sueño.

Se ha sugerido que la lactancia materna también brinda otros beneficios, como la prevención de problemas como el ronquido y los patrones atípicos de deglución. Además, la saliva producida durante la lactancia materna tiene propiedades protectoras para los dientes, ayudando a prevenir la caries dental (Narbutytė et al., 2013).

De este modo, un desarrollo orofacial adecuado en la primera infancia es esencial para la salud y el bienestar a largo plazo del niño. Por lo tanto, fomentar y apoyar la lactancia materna es esencial para garantizar un desarrollo orofacial saludable en los lactantes y prevenir posibles problemas en el futuro (Narbutytė et al., 2013).

#### 4. Vínculo entre la lactancia materna y el desarrollo orofacial

Las relaciones en la díada madre-hijo son de vital importancia para el desarrollo físico, afectivo y social del lactante. Freud recuerda que en esta etapa el lactante depende totalmente de su madre para sobrevivir, por lo que necesita satisfacer sus necesidades a través de ella, esta relación se complementa y da como resultado la diada, la cual será definida como una relación que en cierta medida está aislada del medio circundante y se mantendrá mediante lazos sumamente poderosos en los primeros años de vida.

La succión durante la lactancia implica la coordinación precisa de músculos faciales, mandibulares y linguales, contribuyendo de manera significativa al fortalecimiento y desarrollo adecuado de estos tejidos. La acción de succionar el pezón estimula el crecimiento armonioso de los maxilares y la formación adecuada del paladar, aspectos esenciales para una función oral saludable a lo largo de la vida.

Otra de las características de las grandes capacidades que tiene la madre es la de interpretar las necesidades del lactante por medio de una comunicación bidireccional: gestos, miradas, voces, caricias entre otros; que la hace entender e identificar cada uno de los estados del recién nacido. También se evidenció que las madres realizan otra actividad o están acompañadas mientras están en proceso de lactancia. Sería importante indagar sobre la calidad del acompañamiento en este momento, como preámbulo de lo que será el establecimiento de lazos afectivos posteriormente con dichas personas. Otro punto importante para investigar sería cómo repercute en el desarrollo o vínculo madre-hijo, el que la madre al momento de lactar realice otro tipo de actividad como: ver televisión, hacer uso del celular, leer, entre otros. (Ospina, 2015)

Explorar la conexión intrínseca entre la lactancia materna y el desarrollo orofacial no solo enriquece nuestra comprensión de la fisiología infantil, sino

que también destaca la importancia de esta práctica natural como un factor determinante para la salud bucal y facial a largo plazo.

#### 4.1 Influencia de la lactancia materna en la salud bucal

La lactancia materna es un comportamiento saludable con implicaciones para la salud que ha sido objeto de estudio en colaboraciones globales. En 2016, Lancet llevó a cabo una revisión que consideró los efectos de la lactancia materna en la salud bucal, y aunque se sugirió que podría tener un papel protector en la prevención de maloclusiones dentales, la única enfermedad que se asoció desfavorablemente con la lactancia materna fue la caries dental (Peres et al., 2018).

Se ha encontrado en diversos estudios evidencia que respalda un efecto protector de la lactancia materna contra la maloclusión en la dentición primaria, sin embargo, la dentición mixta y permanente tardará más de una década en desarrollarse y cualquier impacto residual de las deficiencias de la lactancia materna no será la diferencia ya que entrarán en juego otros factores ambientales y genéticos importantes. (Peres et al., 2018).

En lo que respecta a las caries dentales, estudios bien realizados han informado un beneficio de la lactancia materna hasta los 12 meses de edad, pero se ha encontrado una asociación positiva entre la caries y la lactancia materna prolongada, especialmente más allá de los 12 meses y en situaciones de alimentación nocturna (Peres et al., 2018)

#### 4.2 Conocimiento sobre la fisiología de la succión - deglución durante la lactancia materna para la correcta difusión.

La succión se describe como “un movimiento rítmico y coordinado de la lengua y la boca del lactante, el cual se desencadena al introducir pezón, dedo o el biberón dentro de la cavidad oral” (Aguilar, 2018). Sin embargo, podemos presenciar los movimientos de succión del feto desde la décimo tercera semana de gestación. Incluso notamos que succionan los dedos de las manos y de los pies que forma parte de su desarrollo la succión no nutritiva relacionada al placer (Durán, 2012). El movimiento de succión en la vida intrauterina está relacionado con el aumento de la actividad cardíaca.

La succión se considera como una conducta refleja que puede adaptarse y aún intensificarse con información adquirida, esto determinado por el patrón madurativo del sistema nervioso central.

El movimiento de succión comienza y madura en el periodo intrauterino ya que desde la décimo segunda semana existe un registro a nivel del cerebro de sabores y aromas del líquido amniótico, capacidad que le permite identificar al pecho materno para comenzar la alimentación con el calostro en las primeras horas de vida. En el útero, entre la semana 32 y 34 ya existe la coordinación de los movimientos de succión, deglución y los movimientos respiratorios alcanzando la madurez entre las semanas 34 y 36 de gestación cuando aparecen movimientos incordiados de la lengua. Incluso a la semana 32 se presenta el reflejo nauseoso, para poder resguardarse de aspiración de líquidos. (Duran,2012).

Una vez iniciada la lactancia, se entiende que se genera una presión negativa intraoral, lo que permite al recién nacido a gestionar la cantidad de leche a ingerir, por lo tanto, la efectividad de la succión va a depender del gradiente de presión obtenido y de la frecuencia de succiones realizadas por el lactante. (Durán, 2012).

Se describen dos tipos de succiones en un recién nacido: succión no nutritiva y succión nutritiva, de esta última hay tres tipos diferentes: succión nutritiva inmadura, succión nutritiva transicional y succión nutritiva madura. ( Duran, 2012)

1. La succión no nutritiva madura engloba la actividad motora del esófago, estómago e intestino delgado. Estos movimientos de succión son breves y no están coordinados con la deglución. Esta forma de succión brinda al recién nacido una estimulación de los movimientos sin relación directa con la alimentación, y tiene impactos positivos, como la disminución del estrés y del dolor en recién nacidos que se encuentran hospitalizados. En el caso de prematuros, les posibilita ganar peso debido a la inducción de liberación de hormonas como la insulina, que actúa en el intestino delgado.
2. La succión nutritiva es la que está vinculada con la ingesta de algún tipo de alimentación. La succión nutritiva inmadura se presenta en recién nacidos prematuros ya que presentan dificultades en la coordinación de

los movimientos de succión – deglución – respiración, siendo esta última la que más les cuesta, por lo general hacen pausas respiratorias para así resguardar su vía aérea. La succión nutritiva transicional suele manifestarse principalmente en prematuros, aunque también puede observarse en recién nacidos a término que presentan cierta incoordinación en los procesos de succión – deglución - respiración. Esto puede llevar a la aparición de episodios de apnea, comprometiendo tanto la oxigenación como la ventilación, ya que en cada succión la vía aérea se cierra reflejamente. No obstante, a medida que el recién nacido madura, esta situación tiende a mejorar gradualmente.

3. La succión nutritiva madura es la que está asociada con la ingesta de alimentos y en la que el intervalo entre cada movimiento de succión es como máximo de un segundo. Por lo tanto, es frecuente en recién nacido de términos y que se encuentran sanos y tienen un buen ritmo de los movimientos de succión- deglución – respiración ya que es de manera continua y no es interrumpida. (Durán, 2012).

Por otro lado, la deglución como “el paso de los alimentos desde la cavidad bucal hasta el estómago, lo que permite la alimentación del organismo al asegurar la protección de las vías respiratorias” (Marmouset et al., 2015). Por lo tanto, es una función instintiva, refleja e involuntaria. Se conoce que la deglución tiene tres fases: fase oral, fase faríngea y fase esofágica (Aguilar, 2018):

1. La fase oral consta de cuando el lactante toma contacto con el pezón y la areola de la madre y la exprime para la eyección de la leche, una vez recibida la leche en la cavidad oral, la lengua la transporta a la zona posterior de la boca para que sea deglutida, siendo esta etapa la única fase voluntaria de la deglución.
2. La fase faríngea comienza con el reflejo de deglución. Cuando la leche es transportada por la lengua estimula los corpúsculos sensoriales en la pared de la faringe, aquí la laringe se eleva, se cierran las cuerdas vocales para proteger las vías respiratorias y los músculos de la faringe

crean movimientos ondulantes para enviar la leche al esófago y asegurar el cierre de la epiglotis.

3. La fase esofágica es completamente automática. La leche se adentra al esfínter superior del esófago, que luego de su paso, la presión del esófago incrementa para evitar el reflujo. Una vez que llega la leche al estómago esta fase se da por terminada.

La deglución cambia con el desarrollo y maduración del lactante, sobre todo con el cambio de alimentación, ya que con la aparición de dientes la deglución cambia sus parámetros a una deglución adulta. (Aguilar, 2018).

#### 4.3 Técnica de la Lactancia Materna

Dentro de la técnica de lactancia, es esencial destacar que existen múltiples posiciones que pueden favorecer el amamantamiento. La elección de la posición adecuada dependerá del entorno, las circunstancias y las preferencias de cada día. Se ha estudiado que cada postura ofrece beneficios tanto para la madre como para el recién nacido y se adapta a sus necesidades individuales. Algunas posturas pueden ayudar en el adecuado drenaje de los conductos lactíferos, mientras que otras previenen la aparición de grietas en los pezones. (Strain et al., 2017).

Sin embargo, es importante considerar la anatomía bucal del recién nacido al seleccionar una posición, si se presenta retrognata, que se caracteriza por un maxilar inferior corto o retraído, ciertas posturas pueden facilitar un agarre más efectivo, un desarrollo óptimo del infante y, en última instancia, una lactancia exitosa. (Strain et al., 2017).

Un buen agarre depende de un buen neurodesarrollo ya que es importante tener en cuenta que la alimentación por vía oral está influenciada por este estado de desarrollo neurológico, que está relacionado con la organización de la conducta. En el caso de un recién nacido a término, es posible observar una regulación adecuada de la función cardiorrespiratoria y la capacidad de coordinar los patrones de succión, deglución y respiración necesarios para una alimentación segura. Además, la anatomía de la cavidad oral y faríngea en los primeros meses de vida experimenta cambios que facilitan la alimentación con

el pecho, ya que la mandíbula es proporcionalmente más pequeña en comparación con el cráneo. Esto se debe a que la lengua llena la cavidad oral y deja poco espacio para movimientos linguales variados. Además, las almohadillas de grasa en las mejillas reducen la amplitud de la cavidad oral, limitando el movimiento. Es importante destacar que, en los bebés, la parte posterior de la lengua se encuentra más alta en la cavidad oral debido a que la laringe está ubicada más arriba que en los adultos, lo que resulta en un ángulo de separación menor de 90 grados. Esto significa que las cavidades oral y faríngea se acercan al paladar blando y a la epiglotis. Esta posición de la laringe, elevada y cerca de la base de la lengua, brinda cierta protección a las vías respiratorias del bebé, reduciendo el riesgo de que líquidos sean aspirados hacia los pulmones (Saavedra et al., 2021). Esta configuración anatómica es beneficiosa para la lactancia materna, ya que permite los movimientos hacia adelante y hacia atrás de la lengua, necesarios para extraer la leche del pecho de manera eficiente.

La lactancia materna a libre demanda es un aspecto fundamental en la alimentación y desarrollo de los infantes. Esta práctica fortalece la relación entre la madre y el hijo, ayuda a mantener un tamaño gástrico adecuado para prevenir la obesidad en el futuro, prolonga la producción de leche materna y contribuye a mantener al niño tranquilo.

Es importante tener en cuenta que la duración de cada toma de leche puede variar según diversos factores, como la edad del niño. A medida que el niño crece, su capacidad de succión mejora. Además, la velocidad de flujo de la leche puede variar según el sistema endocrino de cada mujer. También influyen factores como el hambre o la sed del infante en ese momento, lo que puede resultar en tomas más largas o cortas. (Strain et al., 2017).

A lo largo del proceso de lactancia, pueden ocurrir eventos como las crisis de lactancia, las huelgas de lactancia y las alimentaciones en bloque. La crisis de lactancia se caracteriza por la demanda frecuente de amamantar debido a un desajuste temporal entre la cantidad de leche producida y las necesidades del niño, esto suele suceder durante períodos de rápido crecimiento. Por otro lado, la huelga de lactancia, como ocurre cuando el niño deja de amamantar repentinamente y rechaza el acople al pecho” (Strain et al., 2017). Las causas

pueden ser diversas, incluyendo enfermedades, dolor u obstrucciones en los conductos de la leche, pero también pueden estar relacionadas con factores emocionales como la separación prolongada de la madre, cambios en los horarios de alimentación, estrés o la sobre estimulación de chupones o biberones. La alimentación en bloque es un patrón en el que el niño solicita amamantar con frecuencia durante ciertos momentos del día, seguidos de períodos de descanso.

#### 4.3.1 Técnicas de agarre

Para garantizar una experiencia exitosa, el adecuado agarre del bebé al pecho es esencial. Este proceso no solo facilita la ingesta de leche, sino que también previene problemas como grietas en el pezón y asegura una alimentación adecuada para el infante.

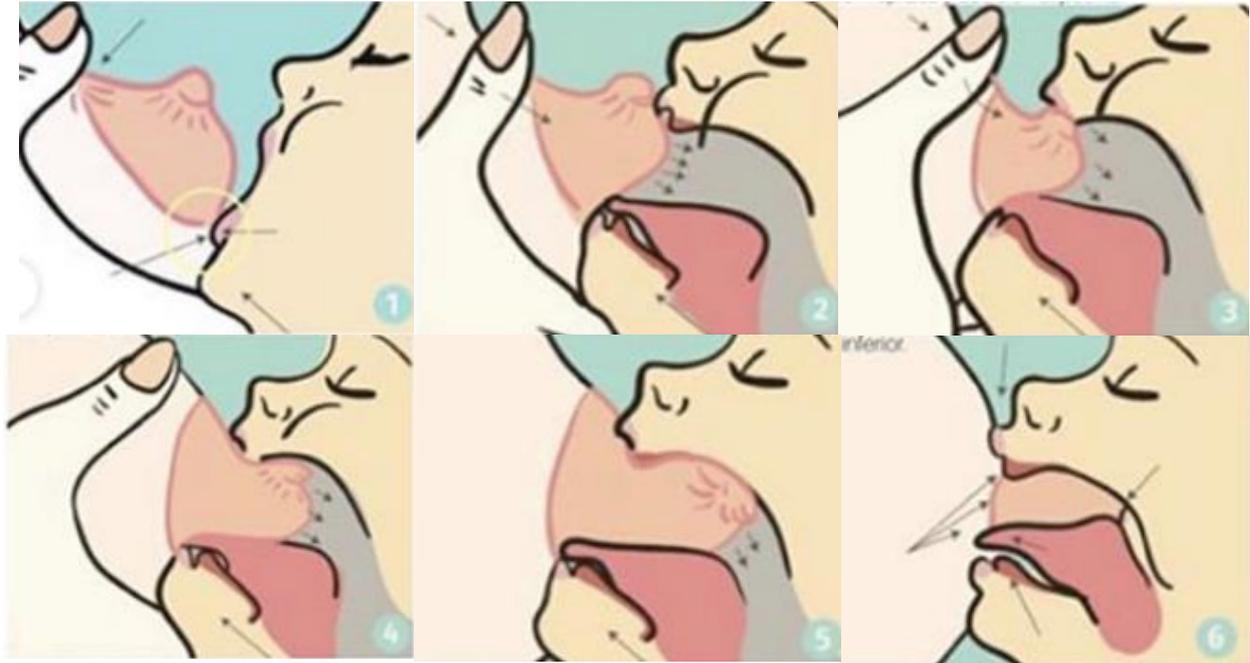
La técnica que involucra el labio inferior es esencial para facilitar la succión del bebé, cómo el posicionamiento adecuado del labio inferior para favorecer una mayor compresión y estimulación de la glándula mamaria, mejorando así la producción de leche (Uvnas et al.,2020) (Fig.2).



**Figura 2.** Agarre óptimo. El agarre al pecho debe ser profundo, asimétrico y con los labios evertidos para que el bebé haga correctamente el vacío y la transferencia de leche sea óptima. Tomado de: Olatz. TIPS para qué tu bebé abra la boca y conseguir un AGARRE PROFUNDO

(Internet). Esnebidea.2021. Disponible: <https://www.esnebidea.com/post/tips-para-que-tu-beb%C3%A9-abra-la-boca-y-conseguir-un-agarre-profundo>

**Alineación Boca-Pezón:** Alinear la boca del bebé con el pezón es crucial para evitar lesiones en el pezón y facilitar el flujo de leche (Fig. 3). Las investigaciones destacan la importancia de una correcta alineación para prevenir problemas de succión y garantizar una lactancia eficaz (Kent et al., 2008).



**Figura 3.** Técnica para el posicionamiento de la mama en la boca del bebé. 1. Enfocar nariz-pezón, con la boca del bebé bien abierta. 2. Antes de abrir la boca, sin girar el cuello, el pezón debe estar frente a su nariz. 3. Cuando él bebe abre la boca, acercar el pecho con rapidez y decisión. 4. Madre e hijo quedan cuerpo contra cuerpo. El pezón apunta al paladar del bebé. 5. la boca está muy abierta. se observa más areola por encima de su boca que por debajo. 6. Su mentón y su nariz están cerca del pecho. Los labios están evertidos sobre todo el inferior. Tomado de: Olatz. TIPS para qué tu bebé abra la boca y conseguir un AGARRE PROFUNDO (Internet). Esnebidea.2021. Disponible: <https://www.esnebidea.com/post/tips-para-que-tu-beb%C3%A9-abra-la-boca-y-conseguir-un-agarre-profundo>

## Posiciones

**Técnica del "C" Asimétrico:** La técnica del "C" asimétrico es ampliamente recomendada por expertos en lactancia. Consiste en posicionar los dedos en forma de "C" alrededor de la areola, permitiendo que el bebé abarque la mayor parte posible (Fig. 4A). Este método minimiza el riesgo de compresión del conducto lácteo y favorece una succión efectiva (Riordan & Wambach, 2010).

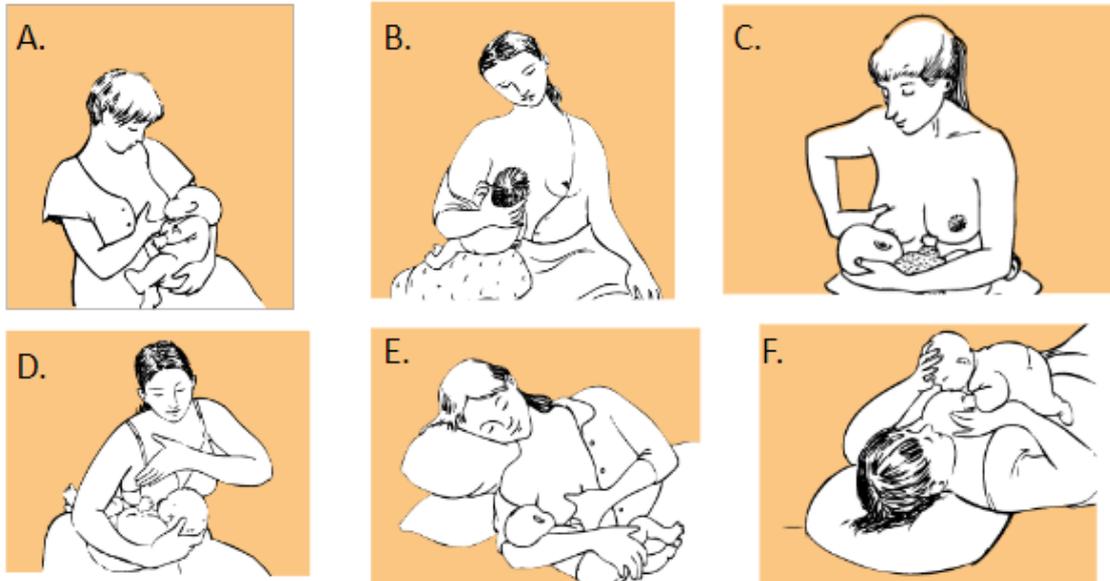
**Posición de caballito:** Se recomienda para niños hiper y/o hipotónicos, así como aquellos que presentan fisura palatina o madres con mamas muy grandes. Esta técnica se lleva a cabo con el lactante sentado sobre la pierna de la madre colocándolo en frente del pecho. La mano de la madre sostendrá la cabeza del niño formando “C”, situando los dedos medio y pulgar por detrás de las orejas y la mano libre ofrece directamente el pecho para un correcto agarre (Fig. 4B). (Ministerio de Salud de Chile, 2010)

**Posición en reversa:** Indicada para el lactante que tiene preferencia por un solo pecho o en problemas de la clavícula. La madre estará sentada con el niño acostado a la altura de los pechos, con opción de utilizar una almohada para sostener al lactante o para lograr elevación. utilizando una de las manos libres para ofrecer el pecho y la otra para sostener su cabeza, lo que permitirá un libre movimiento para el vaciamiento de ambos pechos sin tener qué modificar totalmente la posición (Fig. 4C). (Ministerio de Salud de Chile, 2010)

**Posición en canasto o pelota:** Utilizada en lactancia de gemelos para tener posibilidad de amamantar de manera simultánea o en casos de cesárea, para no ejercer presión sobre la herida operatoria. El lactante se coloca por debajo del brazo del lado en el que se va a amamantar, y el cuerpo rodea la cintura de la madre. Se sostiene la cabeza del lactante por la base de la nuca con la mano del lado que amamanta (Fig. 4D). (Ministerio de Salud de Chile, 2010)

**Posición del niño con la madre acostada, ambos en decúbito lateral:** Indicada en recuperación post cesárea o episiotomía, lactancia nocturna o en momentos de gran cansancio. Madre y lactante acostados en posición decúbito lateral, frente a frente. La cara del niño frente al pecho y abdomen, apoyado sobre el brazo inferior de su madre, la cual apoya su cabeza sobre una almohada y dirige el pecho hacia la boca con la mano libre (Fig. 4E). (Ministerio de Salud de Chile, 2010)

**Posición madre recostada de espalda y el lactante encima en decúbito ventral:** Indicada para madres con eyección excesiva. La madre se acuesta de espalda y el niño por encima de ella en posición decúbito ventral, sosteniendo la cabeza del lactante con la mano (Fig. 4F). (Ministerio de Salud de Chile, 2010)



**Figura 4.** Técnicas de agarre. A. Técnica en C. Posición de caballito. C. En reversa. D. Canasta o pelota. E. Niño con la madre acostada. F. Madre acostada de espalda y lactante en decúbito ventral. Tomado de: Ministerio de Salud de Chile, secretaria de Salud Pública. Departamento de Asesoría Jurídica. 2010

**Método de Kassing:** El método de Kassing es una técnica que enfatiza el papel de la estimulación fisiológica y adecuada coordinación succión-deglución- respiración durante la alimentación con biberón. Este enfoque, respaldado por estudios recientes, brinda un método de elección para aquellas familias que muestran disposición para la lactancia materna, pero presentan dificultades en el amamantamiento (Gwendolyn, 2021).



**Figura 5.** Método de kassing. tomado de: Kassing, D. Bottle-Feeding as a Tool to Reinforce Breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 2002.

## 5. Factores Sociales y Culturales en la Promoción de la Lactancia Materna

La promoción de la lactancia materna es un aspecto fundamental en la salud materno-infantil, pero su éxito está intrínsecamente ligado a factores sociales y culturales que influyen en las decisiones de las madres respecto a amamantar a sus bebés. La cultura, las normas sociales, las creencias y las influencias familiares desempeñan un papel crucial en la elección de la lactancia materna. Estos factores pueden tanto facilitar como obstaculizar la práctica de la lactancia materna exclusiva. Comprender y abordar adecuadamente estos factores es esencial para fomentar y apoyar la lactancia materna en las comunidades.

### 5.1 Importancia de la cultura en la decisión de amamantar

A pesar de que está bien documentado que la lactancia materna es una práctica fundamental para la salud y el desarrollo de los bebés, la decisión de amamantar no se toma únicamente en función de consideraciones médicas o de salud. La cultura juega un papel crucial en esta elección, influyendo en las creencias y prácticas de las madres en todo el mundo.

La lactancia materna es un acto profundamente arraigado en las tradiciones culturales y en las percepciones de la maternidad. La cultura moldea nuestras creencias y actitudes, y en el caso de la lactancia materna, puede ejercer una influencia significativa en la decisión de las madres de amamantar a sus bebés, especialmente en países en vías de desarrollo. (Saleme, 2019).

Un estudio llevado a cabo en la región noroeste de Camerún reveló que aproximadamente el 90% de las mujeres inician la lactancia materna. Sin

embargo, solo el 34% de estas mujeres optan por la lactancia exclusiva. Esto ilustra cómo las creencias y prácticas culturales en países como México, que se encuentran en desarrollo, son menos individualistas y prevalece la estructura de familia extendida y normativa local, la cual es muy dominante y afecta directamente la adopción de la lactancia exclusiva (Reinsma et al., 2012). En muchos casos, las decisiones sobre la lactancia materna se ven influenciadas por las normas culturales, familiares y las presiones sociales.

En contraste, algunas culturas pueden desincentivar la lactancia materna debido a creencias arraigadas como en (país) donde las creencias culturales que se oponen a la lactancia materna pueden ser fuentes significativas de desincentivo para esta práctica. Por ejemplo, en algunas comunidades, se sostiene que la leche materna es insuficiente o insuficientemente nutritiva para los bebés. Estas creencias culturales pueden llevar a la elección de fórmulas infantiles en lugar de la lactancia materna (Osman, 2009). Y en consecuencia también desempeña un papel fundamental en la percepción de la maternidad. Las expectativas culturales sobre el papel de la madre y la crianza de los hijos pueden ejercer una presión significativa sobre las madres.

Un estudio llevado a cabo por DeVane-Johnson entre mujeres afroamericanas destacó cómo las decisiones sobre la alimentación de los bebés están influenciadas por las normas culturales y las tradiciones familiares. Por mencionar algunas: Únicamente las mujeres blancas podían amamantar, influencia de la imagen corporal relacionada con los senos y la vergüenza, todos en la familia se habían alimentado por biberón por tradición, el biberón como única opción para alimentar, en la familia no se podía hablar de senos por ningún motivo, presión de volver al trabajo, problemática con sus jefes, por no tener lugar en donde extraer la leche y donde refrigerar, sensación de que la lactancia artificial genera empoderamiento este tipo de creencias generacionales o poco apoyo de la sociedad en general dan como resultado que no continúen con la lactancia materna, las mujeres pueden sentir la presión de seguir las costumbres de su comunidad y su familia. (DeVane-Johnson, 2018)

Además de las creencias culturales y las tradiciones, los factores socioeconómicos y el entorno social también desempeñan un papel en la decisión de amamantar. Un estudio analizó los objetivos mundiales de nutrición

de la Asamblea Mundial de la Salud con el fin de fomentar el apoyo a la lactancia materna en todos los sectores y resalta cómo las presiones económicas, los factores sociales y la falta de cobertura mediática positiva sobre la lactancia materna han resultado en un cambio cultural que no respalda plenamente la lactancia materna. Las barreras económicas y la falta de apoyo social pueden dificultar la capacidad de las madres para amamantar. (Hamilton, 2020).

Para promover la lactancia materna en un contexto cultural, es fundamental abordar las creencias arraigadas y las normas culturales que pueden actuar como barreras. Los profesionales de la salud y las organizaciones deben ser culturalmente sensibles y estar capacitados para comprender y respetar las creencias y valores de las madres. (Stuart-Macadam, 1995)

La educación y la sensibilización cultural desempeñan un papel importante en este proceso. Los programas de promoción de la lactancia materna deben adaptarse a las necesidades culturales específicas de cada comunidad. Esto implica brindar información que sea culturalmente relevante y que aborde las creencias y preocupaciones culturales en torno a la lactancia. (Stuart-Macadam, 1995)

## 5.2 Desafíos culturales y sociales para la lactancia materna (LM)

### 1. Beneficios para la sociedad:

Braham y Valdés realizan una revisión de los beneficios de la lactancia materna a la que se distinguen:

Por otro lado, la sustentabilidad medioambiental se ve afectada por el uso frecuente de mamaderas y sus accesorios de fórmulas artificiales. Hay que tener en cuenta que la lactancia materna es un alimento natural y renovable, es amigable con el medioambiente y seguro, el cual es producido y a la vez entregado de manera inmediata al consumidor sin contaminar sobre el empaque y basuras asociadas. En cambio, las fórmulas lácteas requieren para su manufactura, procesamiento, materiales y transporte. Además, se estima que necesitan sobre cuatro mil litros de agua para solo un kilogramo de fórmula láctea en polvo, necesitando además de combustible y distintivos detergentes para su preparación.

## 2. Beneficios para la familia:

Fortalecer los vínculos emocionales dentro de la familia es fundamental para prevenir el maltrato infantil. La falta de atención oportuna a las necesidades esenciales de un niño, como el afecto, el calor y la nutrición para su crecimiento, puede ser considerada como una forma de abuso infantil. Una madre que opta por la lactancia materna mantiene una relación emocional saludable y equilibrada con su hijo, lo que reduce significativamente el riesgo de involucrarse en cualquier tipo de maltrato.

### 5.2.1 Conocimiento y percepción de los padres

La OPS (Organización Panamericana de la Salud) es una de las organizaciones enfocadas en realizar programas y campañas que se involucran en promover la lactancia materna como una práctica esencial para la salud de los recién nacidos y las madres. Capacitando también a los trabajadores y profesionales de la salud que son fundamentales en este proceso, al desempeñar un papel crucial en la educación y el apoyo a las madres durante el embarazo, el parto y el período postnatal.

Una de las principales implementaciones es la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (BFHI) a nivel nacional, informa sobre el monitoreo del Código Internacional y apoya las prácticas óptimas de alimentación infantil, con el Plan de Acción de la OPS para la Prevención de la Obesidad en Niños y Adolescentes, la cual tiene como principal objetivo la "protección, promoción y apoyo de la lactancia materna óptima y prácticas de alimentación complementarias". Respaldo por la Estrategia mundial para la alimentación de lactantes y niños pequeños de la OMS y el UNICEF (2002).

La OPS ha trabajado en colaboración con la Red Internacional de Grupos Promotores de la Lactancia Materna, encargada de fortalecer la promoción y el apoyo a la lactancia materna a través de la capacitación de profesionales de la salud y la creación de redes de apoyo.

Por otro lado, la información disponible sobre la lactancia materna y su impacto en la salud bucal de los bebés a menudo es confusa para los padres, lo que puede dificultar la decisión de continuar con la lactancia materna después de

los seis meses de edad, cuando los bebés comienzan a desarrollar su flora oral normal con la erupción de los dientes primarios. Sin embargo, es crucial comprender que la lactancia materna conlleva numerosos beneficios tanto para el bebé como para la madre. Entre los beneficios para el bebé se incluyen una nutrición óptima, una mayor resistencia a enfermedades infecciosas, un sistema inmunológico fortalecido, un mejor crecimiento y desarrollo físico, así como un menor riesgo de enfermedades crónicas y alergias. Por lo tanto, se recomienda encarecidamente que los bebés sean amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses y que continúen siendo amamantados durante al menos el primer año de vida, y más allá si tanto la madre como el bebé lo desean.

En un estudio descriptivo transversal realizado a 206 madres que asisten a la clínica posnatal del Hospital Universitario de la Universidad de Calabar, se observó que la lactancia materna es una práctica ampliamente aceptada entre las madres de la comunidad de Calabar-Nigeria, y la mayoría de ellas comenzaron la lactancia materna poco después del parto y la continuaron durante más de tres meses. Sin embargo, algunas madres introdujeron alimentos artificiales después de tres meses debido a la necesidad de regresar a sus ocupaciones profesionales o perseguir objetivos educativos. Estos hallazgos son alentadores, ya que contrastan con los resultados de un estudio anterior que reveló que solo el 17% de los niños fueron amamantados exclusivamente durante seis meses, como se recomienda. Por lo tanto, es esencial alentar a las madres a seguir amamantando a sus bebés durante un período más prolongado, como mínimo hasta el primer año de vida. (Anayanechi, 2017)

Por otro lado, uno de los obstáculos que enfrentan las madres para continuar con la lactancia materna más allá de los seis meses es la información contradictoria que reciben sobre los efectos de la lactancia en la salud bucal. Algunos expertos en salud dental han sugerido que el destete temprano es beneficioso para la salud bucal, lo cual va en contra de las recomendaciones de los expertos en lactancia materna y de los objetivos de salud nacionales. Para promover una práctica saludable de la lactancia materna, es esencial que las madres reciban un mensaje coherente sobre los beneficios orales de la lactancia materna (Anyanechi et al., 2017).

El estudio también resalta la falta de conciencia entre las madres sobre los trastornos dentales y orales infantiles específicos que la lactancia materna puede prevenir, como las caries, los ronquidos y el desarrollo anormal de la mandíbula. Se ha demostrado que los bebés amamantados tienen un menor riesgo de desarrollar estos problemas, pero la falta de conocimiento sobre estos beneficios es un problema significativo. Además, se destaca que la lactancia materna puede promover una correcta colocación de las arcadas dentarias, reduciendo el riesgo de maloclusión y otros problemas de salud bucal (Anyanechi et al., 2017).

Lo anterior destaca que los profesionales de la salud, incluidos los médicos, enfermeras, asesores en lactancia y dentistas, comprendan y comuniquen los beneficios de la lactancia materna para la salud oral de los bebés. La lactancia materna ofrece ventajas significativas en términos de salud bucal y general, y es crucial que las madres reciban información clara y coherente para tomar decisiones informadas sobre la lactancia materna de sus bebés. Además, se debe fomentar la conciencia sobre los beneficios específicos de la lactancia materna en la prevención de trastornos dentales y orales en los bebés.

### 5.3 Abandono de la lactancia materna

Aunque las madres tienen una opinión favorable respecto a las ventajas de la lactancia materna, numerosas razones contribuyen al abandono de la lactancia materna, y una de ellas es que la información relacionada con la lactancia llega a las futuras madres, pero en la mayoría de los casos de manera ineficiente, lo que limita la adquisición de los conocimientos y la confianza necesarios para afrontar posibles desafíos en este proceso. (Novillo et al., 2019).

Dentro de las dificultades que se presentaron fueron dolor al amamantar, sensación de generar poca satisfacción al lactante, problemas del pezón que generaban dificultades al amamantamiento, mastitis, congestión y abscesos mamarios, enfermedades del niño o de la madre, situación laboral y desconocimiento de la técnica correcta (Novillo et al., 2019). Cualquiera de estas razones provocan un destete precoz y una insatisfacción de la madre con la lactancia lo que podrá repercutir y repetir en los próximos embarazos.

También se ha demostrado que otros de los motivos es la primiparidad debido a la falta de retroalimentación hacia la madre, a la falta de madurez y conocimientos que le brindaran confianza al momento de amamantar.

Para ello se ha demostrado que un buen apoyo y papel protector por parte de la pareja o familia de la díada está relacionado con menor nivel de estrés, lo que permitiría un mejor afrontamiento a la solución de problemas y una mayor tolerancia a la frustración. Por otro lado, el apoyo familiar también permite que la mujer tenga más tiempo para amamantar ya que puede sentir menos presión para realizar otras actividades relacionadas a las tareas del hogar o crianza de otros hijos. (Novillo et al., 2019).

Un factor relevante es cuando la madre se ve obligada a abandonar la lactancia debido a su empleo o sus estudios, a pesar de las leyes diseñadas para proteger sus derechos. Esto puede ocurrir para no perder el año académico o su empleo.

## 6. Educación y promoción de la lactancia materna

La educación y promoción de la lactancia materna son pilares fundamentales en la salud materno-infantil. Sin embargo, la decisión de amamantar y la adopción de esta práctica pueden verse influenciadas por factores culturales, sociales y de conocimiento. La educación efectiva sobre la lactancia materna desempeña un papel esencial al brindar a las madres la información y el apoyo necesarios para tomar decisiones informadas. Asimismo, la promoción activa de la lactancia materna en la sociedad y en las políticas de salud es crucial para crear un entorno favorable que fomente esta práctica. (DIF, 2015)

### 6.1 Programas y políticas de promoción de lactancia y la comercialización de sucedáneos de la leche materna.

La Declaración de Innocenti sobre lactancia materna, adoptada por todos los participantes en la reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) celebrada en 1990, establece que “todos los gobiernos deberán desarrollar políticas nacionales sobre lactancia materna” y exhorta a las autoridades nacionales a integrarlas con sus políticas generales de salud y desarrollo. (DIF, 2015)

La OPS implementa el código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna y sugiere que los países revisen sus leyes y reglamentos sobre la comercialización de sucedáneos de leche materna y utilizar este informe para identificar las disposiciones del código y poder tomar medidas para actualizar sus medidas legales.

La ley modelo OMS/EURO se encarga de actualizar y fortalecer los marcos regulatorios nacionales para proteger a los lactantes y niños pequeños de los efectos nocivos de la comercialización de alimentos.

Los países están obligados a examinar las nuevas técnicas de promoción que se utilizan en medios digitales, así como explorar los canales legales para detener este tipo de promoción en caso de ser necesario.

Los gobiernos deben asignar presupuestos y recursos humanos adecuados para garantizar que la legislación nacional sobre el Código sea supervisada y aplicada plenamente, garantizando que se apliquen sanciones disuasorias de forma rutinaria en caso de violaciones.

Los organismos profesionales de la salud y los trabajadores de la salud deben cumplir con sus responsabilidades en virtud del Código y la legislación nacional para evitar conflictos de intereses y proteger, promover y apoyar plenamente la alimentación óptima de los lactantes y niños pequeños. (WHO, 1981)

Por otro lado, en países como Chile, Estados Unidos de Norteamérica, Colombia, Francia y Uruguay ya cuentan con leyes que regulan los espacios de amamantamiento digno.

En Chile la Ley N° 21.155 protege la lactancia materna y su ejercicio, que dispone el derecho a amamantamiento libre y en cualquier lugar. Según el Informe de Caracterización de la Educación Parvularia, de la Subsecretaría de Educación Parvularia existen al año 2021, 5.144 salas cunas y jardines infantiles, y particularmente en el nivel sala cuna (mayor y menor) se atienden a 45.708 menores de edad. (Congreso Nacional de Chile, 2019)

La ley general del trabajo y la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos incluye en el artículo 123, apartado A, fracción V. y apartado B., fracción XI, inciso C). "Las mujeres... En el período de lactancia tendrán dos

descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos”

En cuanto a la Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. El artículo 11, contempla la violencia laboral: condiciones generales de trabajo como; la descalificación del trabajo realizado, amenazas, intimidación, humillaciones, explotación, y principalmente el impedir a las mujeres en etapa de lactancia llevar a cabo este periodo ya previsto por la ley, así como cualquier tipo de discriminación de género. (DIF, 2015)

La ley del seguro social y la nueva Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes menciona en el artículo 50 que “las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud” tomando en cuenta la capacitación efectiva para fomentar la lactancia materna exclusiva, durante 6 meses y complementaria hasta el segundo año de edad si es posible.

Las Normas oficiales mexicanas involucradas:

1. NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud alimentaria. Criterios para brindar orientación.
2. NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
3. NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.

Es fundamental resaltar la relevancia de los lactarios, dado que la disponibilidad de leche materna permite disminuir hasta un 60% la utilización de sucedáneos de leche en neonatos hospitalizados. La doctora Beatriz Pérez Antonio, coordinadora de Programas Médicos en la División de Atención Prenatal y Planificación Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), informó que el IMSS cuenta con 60 lactarios (IMSS, 2020).

Por otra parte, una sala de lactancia se define como un espacio designado, apropiado, privado, higiénico y accesible para que las mujeres en período de lactancia puedan amamantar o extraer y conservar adecuadamente su leche durante su jornada laboral. Todo esto se realiza con el objetivo de fomentar y facilitar la continuidad de la lactancia materna, según lo establecido por UNICEF en 2018.



**Figura 6.** si tu no comes en el baño ¿porque los bebes deben hacerlo? Tomado de: UNICEF. Lactancia y Trabajo. 2018

## 6.2 Rol de los profesionales de la salud en la educación sobre la lactancia

La lactancia materna aporta una amplia gama de beneficios tanto para los bebés como para las madres, incluyendo la transferencia de nutrientes esenciales, la protección contra enfermedades y el fortalecimiento del vínculo emocional entre madre e hijo. Sin embargo, para que la lactancia materna sea exitosa, es necesario contar con el apoyo y la educación adecuada, y aquí es donde entran en juego los profesionales de la salud.

Un estudio reciente realizado en Nigeria reveló que, a pesar de un aumento en las tasas de lactancia materna en la última década, todavía existe una brecha significativa en la educación y el conocimiento sobre la lactancia (Ikobah et al., 2020). Los profesionales de la salud desempeñan un papel vital en llenar esta brecha, brindando información precisa y apoyo a las madres en todas las etapas de la lactancia.

La educación sobre la lactancia abarca una amplia variedad de temas, desde los beneficios de la lactancia materna hasta la técnica adecuada de amamantamiento, la alimentación complementaria y la gestión de posibles desafíos como la mastitis o la falta de suministro de leche. La labor de los profesionales de la salud es proporcionar a las madres la información necesaria para tomar decisiones informadas y fomentar una experiencia de lactancia exitosa. (Riordan, 2019)

Los profesionales de la salud, incluyendo obstetras, pediatras, enfermeras materno-infantiles y comadronas, desempeñan un papel crucial en la promoción de la lactancia. Un estudio comparó la efectividad de la educación sobre la lactancia brindada por profesionales de la salud en comparación con otros métodos y encontró que el asesoramiento proporcionado por estos profesionales resultaba significativamente más efectivo en aumentar las tasas de lactancia exclusiva (Rohini et al., 2022). Esto resalta la influencia positiva que tienen los profesionales de la salud en la decisión de amamantar.

Además de la información, el apoyo emocional y práctico desempeña un papel clave. Los profesionales de la salud pueden brindar apoyo en la sala de parto, ayudando a las madres a iniciar la lactancia temprano y a resolver problemas iniciales. También pueden ofrecer asesoramiento continuo y seguimiento a medida que el bebé crece.

La formación y educación de los profesionales de la salud en lactancia materna es esencial para que puedan brindar un apoyo de alta calidad. Sin embargo, existe la necesidad de una capacitación adecuada para estos profesionales, ya que esto mejora significativamente su capacidad para proporcionar información precisa y apoyo a las madres (Gavine et al., 2017). La capacitación debe abordar tanto los aspectos técnicos como las habilidades de comunicación y el enfoque centrado en la madre.

La comunicación efectiva es una parte fundamental del rol de los profesionales de la salud en la educación sobre la lactancia. Deben ser capaces de brindar información de manera clara y comprensible, respondiendo a las preguntas y preocupaciones de las madres. Un enfoque centrado en la madre implica reconocer las necesidades y deseos individuales de cada madre, respetando sus decisiones y proporcionando apoyo sin juicios. (Whelan et al., 2011).

Esto es esencial para fomentar un entorno de apoyo en el que las madres se sientan cómodas buscando ayuda y compartiendo sus experiencias.

Para la región de las Américas, la OPS tiene a disposición guías para la educación sobre la lactancia materna que están basadas en la evidencia científica disponible y están diseñadas para promover la salud y el bienestar tanto de las madres como de los niños abordando puntos clave como: iniciación temprana de la lactancia, lactancia exclusiva los primeros 6 meses de vida, apoyo a las madres lactantes, promoción de la lactancia materna en

situaciones especiales, capacitación del personal de la salud, y se sugiere el monitoreo y evaluación para la efectividad de la lactancia materna, disponibles en su página, mismas que sirven de apoyo para el desarrollo de las guías del gobierno de México, así como el IMSS, sin embargo no existe ninguna capacitación enfocada al cirujano dentista que podría servir de vínculo con las madres antes de que nazca el bebe.

### 6.3 Estrategias para mejorar la conciencia y el apoyo a la lactancia

Existen estrategias clave para mejorar la conciencia y el apoyo a la lactancia materna, abordando diversos aspectos, desde la educación y capacitación hasta la creación de redes de apoyo.

Las normas mundiales de la IHAN sobre la información prenatal crearon un protocolo que se centra en la importancia de la lactancia materna, recomendaciones generales sobre los riesgos de dar sustitutos u otras preparaciones, importancia de lactar como mínimo 6 meses y beneficios de seguir con la lactancia en el periodo de ablactación, la importancia del contacto piel con piel madre-hijo, inicio inmediato de la lactancia, alojamiento juntos madre-hijo, fundamentos y apoyo para una buena colocación y agarre así como reconocer signos de hambre.(Guías de práctica clínica en el SN, 2017).

Lanzamiento de campañas de concienciación a nivel comunitario y nacional, utilizar herramientas como, redes sociales, eventos públicos anuncios, folletos y talleres para la difusión de información clave, así como grupos de apoyo y comunidades en línea.

Implementación de políticas de apoyo a la lactancia en entornos laborales, como la disponibilidad de salas de lactancia y permisos para la extracción de leche.

Integración de programas de atención médica continua, asesoramiento prenatal proporcionando sesiones educativas y consultas individuales, apoyo inmediato en postparto: asesoría de lactancia en el hospital y promoción del contacto piel con piel, seguimiento post alta hospitalaria como visitadores domiciliarios, línea de ayuda telefónica o en web, grupos de apoyo locales o en línea, educación continua; seminarios y talleres, sumando materiales educativos, incentivos y

reconocimientos, colaboración con empleadores promoviendo espacios adecuados para la lactancia en el trabajo.

## Conclusiones

La lactancia materna, reconocida como esencial para la salud infantil, va más allá de la nutrición básica, influyendo significativamente en el desarrollo orofacial y la salud integral de los lactantes. Los estudios respaldan su vínculo con estructuras orofaciales saludables, destacando la importancia de la succión adecuada durante la lactancia en la prevención de maloclusiones o trastornos orales.

En este contexto, se identifica una oportunidad para que los odontólogos desempeñen un papel crucial no solo en la prevención, sino también en la educación y promoción de la lactancia materna. Al centrarse en la parte preventiva y, más específicamente, en la concientización sobre los múltiples beneficios que esta práctica aporta a la madre y al lactante, los odontólogos pueden colaborar con otros profesionales de la salud, como ginecólogos, pediatras, nutriólogos, psicólogos y enfermeras.

La participación de los odontólogos desde la gestación hasta la lactancia, acompañando a las mujeres en este proceso, es esencial para asegurar el éxito de la lactancia materna. Dada la limitada interacción entre mujeres embarazadas o en lactancia y odontólogos, se sugiere un mayor involucramiento a nivel de salud pública, promoviendo y difundiendo información clave en colaboración con diversos profesionales de la salud.

Además de sus beneficios fisiológicos, la lactancia materna establece vínculos emocionales cruciales entre la madre y el lactante, influyendo en el desarrollo psicosocial del niño y construyendo relaciones saludables y de resiliencia emocional. Su impacto en la salud general del lactante, al reducir la incidencia de enfermedades infecciosas y alergias, presenta beneficios a largo plazo, como la prevención de enfermedades crónicas.

En conclusión, es imperativo que el sector salud, en colaboración con médicos, enfermeros, odontólogos y odontopediatras, impulse iniciativas educativas destacando la relevancia de la lactancia materna no solo desde una perspectiva nutricional, sino también en relación con el desarrollo bucal y facial. La implementación de programas de capacitación, especialmente para odontólogos y odontopediatras, garantizará la entrega de información de alta calidad, alineada con las indicaciones en instituciones de atención médica. La colaboración efectiva y la observancia de normativas como la NOM-131-SSA1-2012 son fundamentales para la promoción integral de la lactancia materna, reconociendo sus beneficios tanto en la salud general como en el desarrollo orofacial de la población infantil.

## Referencias

1. UNICEF. (2015). Lactancia materna. Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>  
[Lactancia-Fichas Completo AltaRes \(unicef.org\)](https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna)
2. Marín Ospina, J., Jiménez, Ángela M. ., & Villamarín Betancourt, E. . (2020). Influencia de la lactancia materna en la formación del vínculo y en el desarrollo psicomotor. *Colección Académica De Ciencias Sociales*, 3(2), 1–10.
3. Ministerio de Salud de Chile (2010). Manual de lactancia materna ( 2da edición).
4. Morales, L. S., Colmenares, C. M., Cruz-Licea, V., et al. (2022). Recordemos lo importante que es la lactancia materna. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 65(2), 9-25. DOI: 10.22201.
5. Valdés, V., & Pérez, A. (2015). Fisiología de la glándula mamaria y lactancia. UNICEF Chile.
6. Montes Noguera, Y. G., Palomino Chagüin, Y. D. C., & Zambrano Alvis, Y. D. C. (2018). Características de la práctica de lactancia materna, factores socioeconómicos y sociodemográficos de madres que asisten a la Fundación Juan Felipe Gómez Escobar, Cartagena, 2018 (Doctoral dissertation, Universidad del Sinú, seccional Cartagena)
7. Carranza Díaz, K.Y. (2017). Factores determinantes de la instauración de la lactancia materna en recién nacidos por cesárea Hospital José Soto Cadenillas Chota 2016.
8. Arteaga Martínez, M. y García Peláez, J. (2017). Embriología humana y biología del desarrollo (2da ed.). Ciudad de México, México: Médica Panamericana. Páginas 239-247.
9. Brito Vera, J.P., Gómez Barajas, L.D., Santana Montes, D.R., & Ramirez Oropeza, F. (2020, Abril). Bichetomía: técnica del tridente, presentación de una nueva técnica quirúrgica. In *Anales de Otorrinolaringología Mexicana* (Vol.65, No. 1, pp. 37- 42).

10. Gómez, M. J. (2020). *El recién nacido* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Odontología).
11. Licla, K. (2016). Conociendo la cavidad oral del recién nacido. *Revista científica odontológica*, 4 (1), 486-494.
12. Aguilar-Vázquez, E., Pérez-Padilla, M. L., Martín-López, M., & Romero-Hernández, A. A. (2018). Rehabilitación de las alteraciones en la succión y deglución en recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Boletín médico del hospital infantil de México*, 75(1), 15-22.
13. Durán-Gutiérrez, A., Rodríguez-Weber, M. Á., de la Teja-Ángeles, E., & Zebadúa-Penagos, M. (2012). Succión, deglución, masticación y sentido del gusto prenatales. Desarrollo sensorial temprano de la boca. *Acta pediátrica de México*, 33(3), 137-141.
14. Marmouset, F., Hammoudi, k., Bobillier, C., & Morinière, S. (2015). Fisiología de la deglución normal. *EMC- Otorrinolaringología*, 44 (3), 1-12.
15. Ospina, J.M., Jiménez, Á. M., & Betancourt, E.V. (2016). Influencia de la lactancia materna en la formación del vínculo y en el desarrollo psicomotor. *Colección Académica de Ciencias Sociales*, 3 (2), 1-10.
16. Strain, H., Orchard, F., & Fuentealba, L. (Noviembre 2017). *Manual operativo de lactancia (Primera edición)* (pp. 10-16).
17. Tella Rios, V. (2019, 5 de diciembre). Revisión bibliográfica sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva. *Asociación Sanitaria para el Desarrollo del Conocimiento*, 13 (1).
18. Saavedra Sepulveda, A., Molina Sandoval, J., & Prieto Gómez, R. (2021). Toma de decisiones en la Suplementación: técnicas que estimulan la succión efectiva y favorecen el éxito de la Lactancia Materna. Reporte de casos. *Matronería Actual*, 1(2), 8. <https://doi.org/10.22370/rev.mat.2.2021.2791>
19. Novillo-Luzuriaga N., Robles-Amaya J., Calderón-Cisneros J. Beneficios de la lactancia materna y factores asociados a la interrupción de ésta práctica. *Enferm Inv.* 2019; 4(5)29-35.
20. Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista chilena de pediatría*, 88(1), 07-14.

21. Eidelman, A. I., Schanler, R. J., Johnston, M., Landers, S., Noble, L., Szucs, K., & Viehmann, L. (2012). Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827-41.
22. Amitay EL, Keinan – Boker L. Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence: A Meta – analysis and Systematic Review. *JAMA Pediatr* 2015; 169 (6): e151025.
23. Mola Ávila, Y. (2020). Lactancia materna y desarrollo cognitivo de los niños y niñas de 0 a 5 años: una revisión integrativa.
24. Serrano, C. A., & Harris, P. R. (2016). Desarrollo del microbioma intestinal en niños: impacto en salud y enfermedad. *Revista chilena de pediatría*, 87(3), 151-153.
25. Minchala-Urgiles, R. E., Ramírez-Coronel, A. A., Caizaguano-Dutan, M. K., de los Ángeles Estrella-González, M., Altamirano-Cárdenas, L. F., Pogyo-Morocho, G. L., ... & Romero-Galabay, I. M. (2020). La lactancia materna como alternativa para la prevención de enfermedades materno-infantiles: Revisión sistemática. *AVFT–Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(8).
26. Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2012(8), CD003517. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003517.pub2>
27. World Health Organization. (2001). *Infant and young child nutrition. 54th World Health Assembly (WHA 54.2)*. Geneva: WHO.
28. Pattison, K. L., Kraschnewski, J. L., Lehman, E., Savage, J. S., Downs, D. S., Leonard, K. S., Adams, E. L., Paul, I. M., & Kjerulff, K. H. (2019). Breastfeeding initiation and duration and child health outcomes in the first baby study. *Preventive medicine*, 118, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.09.020>
29. Radzimirski, S., & Callister, L. C. (2016). Mother's Beliefs, Attitudes, and Decision Making Related to Infant Feeding Choices. *The Journal of perinatal education*, 25(1), 18–28. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.25.1.18>
30. Asimaki, E., Dagla, M., Sarantaki, A., & Iliadou, M. (2022). Main Biopsychosocial Factors Influencing Breastfeeding: a Systematic

31. Peres, K. G., Chaffee, B. W., Feldens, C. A., Flores-Mir, C., Moynihan, P., & Rugg-Gunn, A. (2018). Breastfeeding and Oral Health: Evidence and Methodological Challenges. *Journal of dental research*, 97(3), 251–258. <https://doi.org/10.1177/0022034517738925>
32. Anyanechi, C. E., Ekabua, K. J., Ekpenyong, A. B., & Ekabua, J. E. (2017). Parturients' Awareness and Perception of Benefits of Breast Feeding in the Prevention of Infant and Childhood Oral and Dental Diseases. *Ghana medical journal*, 51(2), 83–87.
33. Narbutytė, I., Narbutytė, A., & Linkevičienė, L. (2013). Relationship between breastfeeding, bottle-feeding and development of malocclusion. *Stomatologija*, 15(3), 67-72.
34. Merino Morras<sup>1</sup>, Elizabeth. (2003). Lactancia materna y su relación con las anomalías Dentofaciales. Revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana*, 41(2), 154-158. Recuperado en 23 de octubre de 2023, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652003000200010&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652003000200010&lng=es&tlng=es).
35. Acevedo Villafañe, C., Latorre Latorre, F., Cifuentes Cifuentes, L., Díaz-Martínez, L. A., & Garza Acosta, O. (2009). Influencia de la lactancia materna y la alimentación en el desarrollo de alergias en los niños [Influence of breastfeeding and diet in the development of allergies in children]. *Atencion primaria*, 41(12), 675–680. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.04.005>
36. Rodríguez, Y. N. L. (2016). Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial. *Universitas Odontologica*, 35(74), 11.
37. Sánchez, M.M . (2005). Estudio del crecimiento y desarrollo de las estructuras craneofaciales del niño según el tipo de lactancia recibida: lactancia materna versus lactancia artificial. Universitat de Barcelona. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/674730#page=1>
38. Reinsma, K., Bolima, N., Fonteh, F., Okwen, P., Yota, D., & Montgomery, S. (2012). Incorporating cultural beliefs in promoting exclusive

- breastfeeding. *African journal of midwifery and women's health*, 6(2), 65–70. <https://doi.org/10.12968/ajmw.2012.6.2.65>
39. Osman, H., El Zein, L., & Wick, L. (2009). Cultural beliefs that may discourage breastfeeding among Lebanese women: a qualitative analysis. *International breastfeeding journal*, 4, 12. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-4-12>
40. DeVane-Johnson, S., Giscombe, C. W., Williams, R., 2nd, Fogel, C., & Thoyre, S. (2018). A Qualitative Study of Social, Cultural, and Historical Influences on African American Women's Infant-Feeding Practices. *The Journal of perinatal education*, 27(2), 71–85. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.27.2.71>
41. Hamilton, W. (2020). Factors Influencing Maternal Decision-Making on Infant Feeding Practices. IntechOpen. doi: 10.5772/intechopen.91325
42. Ikobah, J. M., Ikpeme, O., Omoronyia, O., Ekpenyong, N., & Udoh, E. (2020). Current Knowledge of Breastfeeding Among Health Workers in a Developing Country Setting: A Survey in Calabar, Nigeria. *Cureus*, 12(9), e10476. <https://doi.org/10.7759/cureus.10476>
43. Rohini, A. M., Elavally, S., & Saradakutty, G. (2022). Effectiveness of breastfeeding education compared to standard hospital information on exclusive breastfeeding among mothers: A systematic review. *Journal of education and health promotion*, 11, 125. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_708\\_21](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_708_21)
44. Gavine, A., MacGillivray, S., Renfrew, M. J., Siebelt, L., Haggi, H., & McFadden, A. (2017). Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *International breastfeeding journal*, 12, 6. <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0097-2>
45. Whelan, B., McEvoy, S., Eldin, N., & Kearney, J. (2011). What primary health professionals need to promote breastfeeding. *Practice Nursing*, 22(1), 35–39. <https://doi.org/10.12968/pnur.2011.22.1.35>
46. Romero, E. S. (2016). Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 338-356.

47. Ramírez Torralva, D. L. ., Calderón Alavez, G. ., & Neri Caballero, E. . (2022). Correcta alimentación complementaria con el desarrollo del lenguaje en infantes. *Revista Electrónica Sobre Educación Media Y Superior*,9(17).Recuperado a partir de <https://www.cemys.org.mx/index.php/CEMYS/article/view/315>
48. Valdovin Guerrero G., Navarro Calvo R., Rivera de la torre S. (2021). El método kassing como elección para la suplementación oral mediante biberón en el recién nacido. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol. 2, N°.
49. Bernard, J., De Agostini, M., Forhan, A., Alfaiate, T., Bonet, M., Champion, V., et al. Breastfeeding duration and cognitive development at 2 and 3 years of age in EDEN Mother-Child Cohort. *The Journal of Pediatrics* [Internet]. 2013 Jan 11 [cite 2021 Jun 15]; 1(163), 36-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.11.090>
50. Álvarez Hernández C., Barcia J., Pavez N., Zuñiga C. (2015). Descripción de reflejos orofaciales, succión nutritiva y no nutritiva en lactantes prematuros extremos de 3 y 6 mese de edad corregida. URI: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/138230>