

Conceptualizaciones sobre destete, clasificación y proceso: una revisión de la literatura

Conceptualizations on weaning, classification, and process: a review of the literature

Mariela Sáez-Yefilaf¹ , Araceli Saavedra-Sepúlveda^{1,5} , Claudia Fernández-Rivera² 

Gloria Marín-Cortés^{3,5} , Daniela Sepúlveda-Romero⁴ , Ruth Prieto-Gómez¹ 

¹ Matrona, Carrera Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Chile.

² Nutricionista, Centro de Salud Familiar Santa Rosa, Temuco, Chile.

³ Nutricionista, Centro de Salud Familiar Alemania, Angol, Chile.

⁴ Enfermera, Clínica de Lactancia, Clínica Alemana, Santiago, Chile.

⁵ Consultora internacional en lactancia materna - IBCLC

*Correspondencia Mariela Sáez-Yefilaf, Email: mariela.saez@ufrontera.cl

RESUMEN

Objetivo: describir el proceso de destete, su clasificación y factores asociados.

Materiales y métodos: se realizó una búsqueda en bases de datos científicas PubMed, LILACS, Scopus y Scielo, identificando 346 publicaciones. Tras la eliminación de duplicados, se obtuvieron 204 artículos, de los cuales se seleccionaron 23 para análisis exhaustivo.

Resultados: el tiempo de destete varía según diversos factores socioculturales, donde la edad adecuada sería sobre los dos años. Existen múltiples factores asociados al destete, como sensación de baja producción láctea, dificultades de lactancia derivadas de la madre o del lactante y regreso al trabajo, entre otros. Los tipos de destete se pueden clasificar en destete natural, elegido por el lactante, dirigido por la madre, parcial nocturno/diurno, completo progresivo, de emergencia o impuesto, especiales y en duelo. Se describen múltiples cambios en la glándula mamaria y en la composición de la leche durante el proceso de destete, que actúan como factor protector asociados a un destete natural mayor de un año. Se recomiendan prácticas para su manejo clínico como medidas físicas y farmacológicas.

Conclusión: no hay consenso entre los autores con respecto a la clasificación de destete. Para garantizar un proceso adecuado, resulta fundamental el rol de la matrona y el matrn, así como del equipo de salud, en la educación y durante el acompañamiento materno.

ABSTRACT

Objective: to describe the weaning process, its classification, and associated factors.

Materials and methods: a search was conducted in the scientific databases PubMed, LILACS, Scopus, and SciELO, identifying 346 publications. After removing duplicates, 204 articles were obtained, of which 23 were selected for in-depth analysis.

Results: weaning time varies according to several sociocultural factors, with the appropriate age being around 2 years. Multiple factors are associated with weaning, such as perceived low milk production, breastfeeding difficulties related to the mother or infant, and return to work, among others. Weaning types can be classified as: natural weaning, infant-led weaning, mother-directed weaning, partial nighttime/daytime weaning, progressive complete weaning, emergency or imposed weaning, special needs weaning, and bereavement weaning. Multiple changes in the mammary gland and milk composition are described during the weaning process, which act as a protective factor associated with natural weaning lasting longer than one year. Practices for clinical management, including physical and pharmacological measures, are recommended.

Conclusion: there is no consensus among authors regarding the classification of weaning. The role of the midwife and the healthcare team is fundamental in maternal education and support to ensure a successful process.

Palabras claves: Destete, Lactante, Lactancia materna, Lactancia, Puerperio.

Key words: Weaning, Infant, Breastfeeding, Lactation, Postpartum.

INTRODUCCIÓN

Se recomienda que los lactantes sean amamantados con lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida y, posteriormente, introducir alimentos complementarios mientras se continúa con lactancia materna (LM) hasta los dos años de edad o más [1,2]. La LME se define como un tipo de alimentación en la que el lactante solo reciba leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido, a excepción de soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos [3]. No obstante, la LM puede continuar si la madre y el lactante lo desean mutuamente [2].

Se denomina destete al paso de la dependencia total del pecho materno a la completa independencia de él, aun cuando también es definido como el proceso por el cual el lactante se acostumbra gradualmente a otros alimentos [4]. En las sociedades tradicionales se realizaba el destete entre los tres y los cinco años. Dettwyler señala que el tiempo mínimo de LM promedio serían dos años y medio [5], sin embargo, durante el siglo XIX comienza la introducción temprana de alimentación mixta, aumentando la mortalidad infantil [6]. A raíz de ello se comienzan a generarse políticas públicas destinadas a favorecer y promover la Leche materna como alimento ideal, con estrategias como el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Lactancia Materna, la Iniciativa de Hospital Amigo de la Madre y el Niño y la Declaración de Innocenti [1].

En Chile, la prevalencia de la LME al sexto mes para la población bajo control en el sistema público se estima en un 54% [7].

A fin de guiar a los profesionales de salud para enfrentar el destete en la diada, este artículo tiene como objetivo conceptualizar el proceso de destete, clasificación y factores relacionados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estrategia de búsqueda

Para responder a las preguntas de investigación ¿cómo se conceptualiza el proceso de destete en la literatura científica, qué clasificaciones se describen y cuáles son los factores determinantes asociados a su desarrollo en la diada madre-lactante? se desarrolló una estrategia de búsqueda electrónica basada en los lineamientos metodológicos para revisiones de alcance (PRISMA-ScR).

La estrategia de búsqueda se estructuró utilizando el acrónimo PICOR, sin comparación:

- Población (P): diada madre-lactante en periodo de lactancia materna.
- Intervención o Exposición (I): proceso de destete en lactancia materna.
- Comparación (CO): no se consideró un grupo comparador.
- Resultado (R): conceptualización del destete, clasificaciones descritas y factores determinantes asociados a su inicio, desarrollo y evolución.

Se utilizaron descriptores MeSH y DeCS, además de términos libres en inglés y español, combinados mediante operadores booleanos (AND/OR).

Procedimiento de búsqueda

Las búsquedas se realizaron en PUBMED, EMBASE y Scielo. Se seleccionaron artículos según criterios de inclusión y exclusión. Además, se consideraron documentos clave previos a este periodo, ampliamente referenciados en la literatura, se examinaron resúmenes, literatura gris y se llevó a cabo una búsqueda manual en las listas bibliográficas de las referencias revisadas.

- Criterios de inclusión:
 - Estudios observacionales descriptivos y analíticos.
 - Estudios secundarios (sin duplicación de los estudios primarios).
 - Español o Inglés.
 - Intervalo de diez años (2013-2023)
 - Estudios relacionados con clasificación de destete, motivación para el destete, manejo clínico y fisiología del destete
- Criterios de exclusión:
 - Artículos duplicados entre las bases de datos.
 - Estudios sin acceso al texto completo.

Evaluación de calidad metodológica

La selección de estudios se desarrolló en etapas consecutivas de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión. En ella se emplearon herramientas estandarizadas para evaluar la calidad de los estudios incluidos. Para los estudios observacionales se utilizó la escala de Newcastle-Ottawa, mientras que las revisiones sistemáticas se evaluaron con el checklist PRISMA. Tres autoras (CF, GM, y DS) llevaron a cabo de manera independiente la revisión de todos los títulos y resúmenes, eligiendo aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión. No hubo discrepancias durante este proceso. La información general de los estudios fue recopilada por las autoras y registrada en un formulario diseñado específicamente para este propósito.

Aspectos éticos: el presente estudio es de tipo secundario, por lo que no implica el trato directo con sujetos de estudio, ni la revisión de historias clínicas. No requiere aprobación de comité de ética.

RESULTADOS

Se identificaron inicialmente 346 registros en las bases de datos. Posteriormente, tras la eliminación de duplicados, se obtuvieron 204 registros para el proceso de cribado, de los cuales 23 cumplieron con el objetivo de búsqueda.

El término destete proviene de la palabra anglosajona "weaning" que significa "acostumbrarse a algo diferente". El destete del pecho es una etapa natural en el desarrollo del lactante. Es un proceso complejo que involucra ajustes nutricionales, inmunológicos, bioquímicos y psicológicos [8].

La duración de la LM era más prolongada en la antigüedad que en la sociedad occidental actual [6]. Detwyler reconoció que el destete ocurre de acuerdo con ciertos patrones regulares en primates no humanos. Sugiere que una posible fórmula es cuando cuadruplica el peso al nacer, generalmente entre los dos y tres años para los lactantes humanos sanos y bien alimentados [5]. Esta información también es planteada por Padró, quien además menciona que estaría relacionado con situaciones específicas por las cuales se desteta de manera prematura [9].

Factores asociados al destete

Se han observado en la literatura numerosos estudios y artículos relacionados al destete. Brown, en un estudio longitudinal de cohorte, mediante seguimiento post alta a diadas de hasta seis meses, muestra que el 25,4% suspende la LM en la primera semana post parto y un 26,4% amamanta durante los primeros seis meses. Las razones más frecuentes fueron molestias o fatiga/cansancio, sensación de producción insuficiente con prevalencia en primíparas que múltiparas y decisión personal [10].

Un estudio en gemelos realizado por Mikami y cols. en 2018, describe que las principales causas de destete serían la falta de apoyo relacionada con la LM durante la gestación, dificultades para amamantar y el peso menor a 2.300 gramos de los recién nacidos. Las madres describen como factores el suministro insuficiente de leche, el comportamiento de los lactantes y la vuelta al trabajo [11]. En 2014 se realizó un ensayo clínico controlado randomizado, que concluye que la prevalencia de la LM en grupos de adolescentes que vive sin sus madres alcanza un 62%, versus las que viven con ellas (49%), por lo que se infiere que las intervenciones para apoyar la LM en quienes viven con sus madres, podría no estar siendo suficientemente efectivas para modificar factores asociados [12].

El uso de medicamentos se ha descrito como factor de riesgo para el destete. Hanley en un caso clínico publicado en 2020, concluye que son pocos los medicamentos que interfieren con la LM, como quimioterapia y medicamentos radioactivos [13].

En otro estudio se observó que la causa de interrupción de la LM más frecuente es la medicación, con un 36,4%, seguida de la falta de leche (27,3%) y la sensación de que el lactante se queda con hambre (18,2%) [14].

Dentro de los motivos previo a los seis meses se encuentra el consumo de alcohol durante el embarazo, la ausencia de leche materna en la primera hora de vida, la asistencia profesional en el manejo de la LM, el bajo nivel educacional, aspectos personales como la baja confianza, angustia y estrés materno, la intención de amamantar menos de seis meses y la LM al alta hospitalaria [15,16,17].

Clasificación de los tipos de destete

Según Padró, el destete se pueden clasificar en [9]:

- Destete natural: se produce de manera espontánea por parte del lactante en algún momento a partir del año de vida [9]. Ocurre cuando inicia la alimentación complementaria mientras sigue amamantado a demanda [6].
- Destete elegido por el lactante: sucede al no poder lactar en determinadas circunstancias como presentar dolor al mamar, congestión nasal, temor en una toma anterior, nuevo embarazo, cambios rutinarios de la familia, entre otras [9].
- Destete dirigido por la madre: ocurre cuando la madre lo decide, sin recibir señales que el lactante desea destetar. Por cansancio materno, sensación de falta de leche, preocupaciones sobre el crecimiento del lactante, dolor al amamantar o mastitis, retorno al trabajo, entre otras [9,14,20].
- Destete parcial nocturno/diurno: se busca mantener la LM reservando horas o espacios temporales. Suele ocurrir en el caso del retorno al trabajo o cuando la madre no quiera o no pueda mantenerla [9].
- Destete completo progresivo: consiste en la transición de leche materna a leche artificial (LA), diferenciándose del destete natural en que la edad suele ser en lactantes menores de dos años [9].
- Destete de emergencia o impuesto: se realiza cuando se requiere un destete inmediato, por ejemplo, enfermedad del lactante o la madre, entre otras [9,13,14].
- Destetes especiales: ocurre en situaciones como lactancia diferida, duelo, múltiples, tándem, trastorno del espectro autista, entre otras [9,18].
- Destete en duelo: hace referencia cuando la madre cursa un proceso de pérdida de su hijo(a) [18].

Morfofunción de la mama en el cese de la LM

Al comenzar el proceso de destete hay una disminución de la producción de leche, seguido por el cese en la síntesis y la involución mamaria. Esta se puede dividir en dos fases: en la primera hay regresión de los tejidos epiteliales y estromales de la mama, pudiendo tener una duración de dos semanas y es reversible, mientras que en la segunda fase es irreversible, caracterizándose por la apoptosis de las células luminales y amplia remodelación del estroma. Luego de la involución, la mama vuelve a un estado de reposo, sin embargo, la morfología de la glándula no vuelve a ser idéntica al estado previo al embarazo. Se describe, que algunas células epiteliales parcialmente diferenciadas se “escapan” durante la involución y actúan como células precursoras de memoria [19].

Se ha descrito que la involución de la mama y un destete natural podría ser un factor protector contra el cáncer de mamas. La evidencia en ratas señala que la amplificación de genes típicos activados durante la cicatrización de heridas en la primera fase de la involución, se asocia a infiltración de células inmunitarias y formación a corto plazo de componentes de la matriz celular. Concluyen que la involución es una ventana de oportunidad para la progresión de células tumorales [20].

En otro estudio con ratas se observaron cambios histológicos y moleculares en la glándula mamaria sometidas a destete abrupto en comparación con el destete gradual. Se observa mayor depósito de colágeno y expresión de receptores ER alfa, lo que puede conducir a un entorno pretumoral, con desarrollo de hiperplasia ductal y metaplasia escamosa, precursores de cáncer de mama humano [21]. Atributos pro tumor de la involución mamaria se podrían mitigar con fármacos antiinflamatorios no esteroidales (AINE) de corta duración, la cual sería una probable estrategia de prevención, lo que se encuentra aún en investigación [22].

Con respecto a la composición de la leche materna previo al destete en lactantes mayores de doce meses, estudios han demostrado que la concentración de lactosa se quintuplica durante la involución mamaria y la concentración de proteínas aumenta seis veces, lo cual, brinda protección frente a infecciones para la mama y los lactantes. Según el análisis detallado de la composición de la leche materna, los electrolitos y proteínas aumentan significativamente y disminuye la concentración de lactosa en la leche materna [23]. Cabe destacar que el contenido de lactoferrina, por encima de los doce meses, es más alto y cercano a las concentraciones en el calostro [24].

En relación con el rol de las grasas en la LM prolongada, un estudio realizado en Italia muestra la asociación de la duración de la leche materna, su composición y el resultado del desarrollo psicomotor al año, medido según la escala de desarrollo infantil de Bayley. A los lactantes se les asignó un índice de desarrollo mental (MDI) y un índice de desarrollo psicomotor (PDI).

La LM durante seis meses o más ofrece una ventaja en el PDI y en el MDI en comparación con los sujetos amamantados durante menos de seis meses. La composición única de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga n-6 y n-3 de la leche materna tiene como resultado puntajes de desarrollo más altos en los lactantes amamantados, por lo tanto, la prolongación de la LM durante el proceso de destete puede resultar en un mejor desempeño del desarrollo a los doce meses debido al suministro de grasas que afectan la composición del cerebro, sin embargo, faltan estudios concluyentes y actualizados en esta temática [25].

Manejo clínico del destete

A continuación, se describen los parámetros a considerar en el manejo clínico del destete (Tabla 1).

Medidas físicas

Neighbors realiza seguimiento a 696 mujeres, con entrevistas post parto, para comprender el proceso de destete. Se observa que las madres describen ayudas complementarias con medidas físicas, siendo mayor en mujeres que destetaron en menos de tres días. Describieron prácticas como vendarse las mamas, bolsas de hielo, uso de medicamentos como paracetamol o ibuprofeno

para aliviar el dolor. Cabe destacar que el autor no recomienda vendarse las mamas ya que puede conllevar a complicar el cuadro de congestión mamaria [26].

Un documento de 2013, sugieren el uso de analgésicos y extracción suficiente de leche, uso de compresas frías de gel, hojas de col/repollo frías o masajes para el tratamiento de la congestión mamaria y el uso de sostén cómodo. No se recomienda vendar las mamas por causar incomodidad y generar obstrucción de conductos, además refiere que no es necesario la restricción en la ingesta de líquidos. Recomiendan un destete gradual ya que el destete brusco es traumático para el lactante, incómodo para la madre y puede resultar en conductos bloqueados, mastitis o abscesos mamarios [6].

Supresión farmacológica

Respecto al uso de fármacos para el destete, se evalúa la eficacia y seguridad de la cabergolina, como agonista de la dopamina en la inhibición de la LM en mujeres post parto. Ésta se asocia a menor incidencia de síntomas de rebote y efectos adversos que la bromocriptina. Recomiendan administrar 1 mg dentro de las primeras 24 hrs postparto, esperando una acción rápida de un día, donde se describen efectos secundarios como: mareos, dolor de cabeza y náuseas 3 días post tratamiento [27,28].

Manejo del destete en duelo perinatal

El destete en contextos de pérdida requiere un abordaje integral que combine la gestión fisiológica con el soporte emocional, siendo un proceso crítico para la madre [18]. La literatura destaca el marco de trabajo "Lactation After Infant Death (AID)" como una guía esencial para proveer información técnica y emocional sobre la gestión de la producción láctea en estas circunstancias [40].

Desde la perspectiva clínica, se describen tanto medidas físicas como farmacológicas. Respecto a estas últimas, el uso de fármacos como la cabergolina ha demostrado ser seguro y efectivo para la inhibición posparto, constituyéndose como una herramienta clave en el cese de la producción [27,28]. En cuanto al manejo físico, Warr [18] advierte que el destete brusco incrementa el riesgo de complicaciones mamarias, por lo que recomienda un proceso gradual.

Las principales recomendaciones técnicas incluyen:

- Extracción de alivio: bombeos breves solo para mitigar la congestión, evitando el vaciado completo para no estimular la síntesis de leche.
- Frecuencia: aumentar progresivamente los intervalos entre cada sesión de extracción.
- Termoterapia: uso de compresas tibias (2-3 minutos) previo a la extracción para favorecer el flujo en áreas congestionadas, seguido de compresas frías (15-20 minutos) post-extracción para reducir la inflamación.
- Masaje: aplicación de masajes localizados antes, durante y después de la sesión.

Finalmente, el proceso trasciende lo biológico. El equipo de neonatología debe ofrecer un soporte que permita el cierre del ciclo según las preferencias maternas, lo que

puede incluir el contacto del neonato con el pecho o la donación de leche, acto que muchas madres consideran terapéutico y altruista [41]. En este escenario, el marco legal y las directrices de salud pública son fundamentales para garantizar un acompañamiento respetuoso y humanizado [7].

DISCUSIÓN

La duración de la LM es importante para el crecimiento y desarrollo del lactante [29]. La tasa de LM sigue estando por debajo a las recomendaciones de la OMS al sexto mes [30]. Los motivos de destete son múltiples [31] y se ha evidenciado que varía de un país a otro dependiendo de diversos factores socioculturales [32]. Se ha observado que la educación antenatal podría tener un rol importante en el aumento de la tasa de LME [33].

El destete natural es un proceso que se inicia espontáneamente entre los dos y los cuatro años de edad, a medida que el lactante instaure su alimentación complementaria [34], teniendo efectos más saludables en el apego madre-hijo [35]. Uno de los obstáculos para el destete natural es que las madres no tienen información adecuada sobre este tema y se reemplaza por métodos tradicionales inadecuados como crear un mal sabor, hacer que el pecho asuste al lactante, evitar la succión y dificultar el acceso al pecho, las que apuntan a interrumpir rápidamente la lactancia [36,37,38]. Sin embargo, la revisión de la literatura mostró que los beneficios y desventajas de estas prácticas no han sido bien investigados [39].

En relación a la edad del destete, los artículos y textos revisados, coinciden con Dettwyler, señalando que las mujeres reciben consejos contradictorios respecto a cuándo destetar a sus hijos por falta de actualización profesional⁵. Por su parte, las mujeres ocultan la LM en niños mayores de tres años, para evitar la desaprobación de profesionales de la salud y miembros de la familia, donde la duración de ésta podría verse cuestionada [8].

Otro aspecto importante, es el caso del destete asociado a duelo perinatal, donde el tratamiento puede o no ser farmacológico, sin embargo, la evidencia es débil y de carácter heterogéneo en cuanto a las recomendaciones para este fin [27,28]. La falta de orientación acerca de la LM después de la muerte neonatal puede ser un motivo de angustia materna [18,40]. La donación de leche podría dar significado a la pérdida de un hijo, ayudando al trabajo del duelo de la madre, contribuyendo además a ayudar a otros neonatos, encontrando consuelo en esa experiencia [7,41].

La LM mantenida por un periodo mayor de un año, además de aportar numerosos beneficios para la salud del lactante, actúa como factor protector de cáncer de mamas, y por su carácter modificable, debiera ser apoyada por el personal de salud y la sociedad en general [42].

Asimismo, la LM en este contexto, se asociaría a menor riesgo de ciertos tipos de cáncer de mamas, específicamente con receptores hormonales negativos de estró-

geno, progesterona y factor de crecimiento epidérmico humano [43]. Se describe que el cáncer de mamas asociado a embarazo y parto es de carácter agresivo, lo que además se asocia al periodo de involución mamaria, que genera un microambiente en la glándula mamaria que puede volverse promotor de tumores relacionados con mecanismos proinflamatorios [44,45,46].

Durante la LM las diadas pueden presentar una serie de dificultades que generan un destete temprano [47]. Las madres podrían experimentar frustración, angustia, falta de seguridad en sus capacidades, generando además sentimientos ambivalentes como la tranquilidad de ofrecer una fórmula láctea a sus hijos versus la culpa al no amamantar [48]. El rol del personal de salud es importante en cuanto al apoyo y entrega de información a las madres, evitando el destete temprano [49,50]. Para contribuir al éxito en la LM, se debe permitir a cada madre tomar una decisión informada de cómo y cuánto tiempo desean amamantar [6]. Las limitaciones de esta revisión consideran recomendaciones de expertos y bajo nivel de evidencia.

CONCLUSIÓN

Existe variada información acerca del concepto de destete. Sin embargo, no hay consenso respecto de sus tipologías y manejo clínico. Las limitaciones de esta revisión consideran principalmente recomendaciones de expertos y niveles de evidencia que requieren mayor profundización.

En este contexto, la matrona y el matrn cumplen un rol determinante y estratégico, no solo en la entrega de información técnica a la madre, sino como gestores de un acompañamiento integral que garantice un proceso de destete adecuado y respetuoso.

La revisión evidencia la inexistencia de protocolos estandarizados para mitigar los efectos físicos y emocionales del destete en la madre. Por ello, se sugiere la creación de guías clínicas y protocolos específicos que orienten a los profesionales en los distintos niveles de atención. Esto permitirá a la matrona liderar una atención basada en la evidencia, asegurando una práctica clínica segura, humanizada y de alta calidad.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses que puedan afectar los resultados de este estudio.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

No existe financiación para el desarrollo de esta investigación

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

- **Conceptualización:** M. Sáez Yefilaf, A. Saavedra Sepúlveda, R. Prieto Gómez.
- **Curación de datos:** C. Fernández Rivera, G. Marín Cortés, D. Sepúlveda Romero.
- **Análisis formal:** M. Sáez Yefilaf, A. Saavedra Sepúlveda, R. Prieto Gómez.
- **Redacción – revisión y edición:** M. Sáez Yefilaf, A. Saavedra Sepúlveda, C. Fernández Rivera, G. Marín Cortés, D. Sepúlveda Romero, R. Prieto Gómez.

REFERENCIAS

1. **Organización Mundial de la Salud; UNICEF.** Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42730>

2. **Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.** Recomendaciones sobre lactancia materna [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2012 [citado 15 nov 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>

3. **Organización Mundial de la Salud.** Lactancia materna exclusiva [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 29 mar 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/index.html

4. **Greiner T.** The concept of weaning: definitions and their implications. *J Hum Lact.* 1996;12[2]:123-8. doi: 10.1177/089033449601200216. Erratum in: *J Hum Lact.* 1996;12[3]:220.

5. **Dettwyler KA.** When to wean: biological versus cultural perspectives. *Clin Obstet Gynecol.* 2004;47[3]:712-23. doi: 10.1097/01.grf.0000137217.97573.01.

6. **Grueger B; Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee.** Weaning from the breast. *Paediatr Child Health.* 2013;18[4]:210-1. doi: 10.1093/pch/18.4.210.

7. **Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.** Ley 21155: Establece medidas de protección a la lactancia materna y su ejercicio [Internet]. Valparaíso: BCN; 2019 [citado 29 mar 2022]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1138165>

8. **Lawrence RA, Lawrence RM.** Breastfeeding: A guide for the medical professional. 7a ed. Filadelfia: Saunders; 2010. p. 319-320.

9. **Padró A.** Destete: Final de una etapa. Barcelona: Grijalbo; 2021. p. 44-105.

10. **Brown CR, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenik S.** Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Can J Public Health.* 2014;105[3]:e179-85. doi:

10.17269/cjph.105.4244.

11. **Mikami FCF, Francisco RPV, Rodrigues A, Hernandez WR, Zugaib M, de Lourdes Brizot M.** Breastfeeding twins: factors related to weaning. *J Hum Lact.* 2018;34[4]:749-59. doi: 10.1177/0890334418767382.

12. **Bica OC, Giugliani ER.** Influence of counseling sessions on the prevalence of breastfeeding in the first year of life: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Birth.* 2014;41[1]:39-45. doi: 10.1111/birt.12097.

13. **Hanley L.** Medication use during lactation: either a potential contributor to premature weaning or evidence-based support of the mother/child couplet. *Clin Ther.* 2020;42[3]:393-400. doi: 10.1016/j.clinthera.2020.01.019.

14. **Acosta DV, Lugo Rodriguez G, Domenech MG, Vera de Molinas Z, Maidana de Larrosa G, Samaniego Silva L.** Interrupción de la lactancia materna relacionada con el consumo de medicamentos. *Ars Pharm.* 2020;61[2]:97-103. doi: 10.30827/ars.v61i2.13627.

15. **Martins FA, Ramalho AA, Andrade AM de, Opitz SP, Koifman RJ, Silva IF da.** Padrões de amamentação e fatores associados ao desmame precoce na Amazônia ocidental. *Rev Saude Publica.* 2021;55:21. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055002705.

16. **Moraes GGW de, Christoffel MM, Toso BRG de O, Viera CS.** Association between duration of exclusive breastfeeding and nursing mothers' self-efficacy for breastfeeding. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e03702. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0382.

17. **Santos VL, Holand BL, Drehmer M, Bosa VL.** Sociodemographic and obstetric factors associated with the interruption of breastfeeding within 45 days postpartum - Maternal Cohort Study. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2021;21[2]:575-86. doi: 10.1590/1806-93042021000200014.

18. **Warr DL.** After the loss of an infant: suppression of breast milk supply. *Neonatal Netw.* 2019;38[4]:226-8. doi: 10.1891/0730-0832.38.4.226.

19. **Hassiotou F, Geddes D.** Anatomy of the human mammary gland: current status of knowledge. *Clin Anat.* 2013;26[1]:29-48. doi: 10.1002/ca.22165.

20. **Silanikove N.** Natural and abrupt involution of the mammary gland affects differently the metabolic and health consequences of weaning. *Life Sci.* 2014;102[1]:10-5. doi: 10.1016/j.lfs.2014.02.034.

21. **Zhang A, Kim HK, Acero-Bedoya S, Trimboli A, Stover DG, Ludwig T, et al.** Abrupt involution induces inflammation, estrogenic signaling, and hyperplasia linking lack of breastfeeding with increased risk of breast cancer. *Breast Cancer Res.* 2019;21[1]:80. doi: 10.1186/s13058-019-1163-7.

- 22. Jindal S, Narasimhan J, Borges VF, Schedin P.** Characterization of weaning-induced breast involution in women: implications for young women's breast cancer. *NPJ Breast Cancer*. 2020;6:55. doi: 10.1038/s41523-020-00196-3.
- 23. Verd S, Ginovart G, Calvo J, Ponce-Taylor J, Gaya A.** Variation in the Protein Composition of Human Milk during Extended Lactation: A Narrative Review. *Nutrients*. 2018;10[8]:1124. doi: 10.3390/nu10081124.
- 24. Czosnykowska-Łukacka M, Orczyk-Pawłowicz M, Broers B, Królak-Olejnik B.** Lactoferrin in Human Milk of Prolonged Lactation. *Nutrients*. 2019;11[10]:2350. doi: 10.3390/nu11102350.
- 25. Agostoni C, Marangoni F, Lammardo AM, Giovannini M, Riva E, Galli C.** Breastfeeding duration, milk fat composition and developmental indices at 1 year of life among breastfed infants. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*. 2001;64[2]:105-9. doi: 10.1054/plef.2001.0248.
- 26. Neighbors KA, Gillespie B, Schwartz K, Foxman B.** Weaning practices among breastfeeding women who weaned prior to six months postpartum. *J Hum Lact*. 2003;19[4]:374-80. doi: 10.1177/0890334403257803.
- 27. Yang Y, Boucoiran I, Tulloch KJ, Poliquin V.** Is Cabergoline Safe and Effective for Postpartum Lactation Inhibition? A Systematic Review. *Int J Womens Health*. 2020;12:159-170. doi: 10.2147/IJWH.S232693.
- 28. Tulloch KJ, Dodin P, Tremblay-Racine F, Elwood C, Money D, Boucoiran I.** Cabergoline: a review of its use in the inhibition of lactation for women living with HIV. *J Int AIDS Soc*. 2019;22[6]:e25322. doi: 10.1002/jia2.25322.
- 29. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al.** Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736[15]01024-7.
- 30. Jacobsen N.** Antenatal Breastfeeding Education and Support: Summary and Analysis of 2 Cochrane Publications. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2018;32[2]:144-152. doi: 10.1097/JPN.0000000000000323.
- 31. Health Canada.** Breastfeeding duration of exclusive breastfeeding in Canada: key statistics and graphics (2009-2010) [Internet]. Ottawa: Health Canada; 2012 [citado 4 nov 2013]. Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/prenatal/exclusive-exclusif-eng.php>
- 32. Hunegnaw MT, Gelaye KA, Ali MB.** Factors associated with time to cessation of breastfeeding among mothers who have index children aged two to three years in Debre Markos, northwest Ethiopia: a retrospective follow-up study. *BMC Pediatr*. 2018;18[1]:77. doi: 10.1186/s12887-018-1060-6.
- 33. Huang P, Yao J, Liu X, Luo B.** Individualized intervention to improve rates of exclusive breastfeeding: A randomised controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98[47]:e17822. doi: 10.1097/MD.00000000000017822.
- 34. Ofllu A.** Weaning Practices of Turkish Mothers: A Mixed-Model Research. *Breastfeed Med*. 2020;15[2]:109-113. doi: 10.1089/bfm.2019.0262.
- 35. Miller MP, Commons ML.** The Benefits of Attachment Parenting for Infants and Children: A Behavioral Developmental View. *Behav Dev Bull*. 2010;16[1]:1-14.
- 36. Gürarslan Baş N, Karatay G, Arikan D.** Weaning practices of mothers in eastern Turkey. *J Pediatr (Rio J)*. 2018;94[5]:498-503. doi: 10.1016/j.jped.2017.06.019.
- 37. Piwoz EG, Huffman SL, Lusk D, et al.** Issues, risks and challenges of early breastfeeding cessation to reduce postnatal transmission of HIV in Africa. Washington, DC: Academy for Educational Development; 2001.
- 38. Dinc A, Dombaz CI, Dinc D.** Traditional practices related to breast milk and breastfeeding of mothers with infants aged 6-18 months. *Balikesir Health Sciences Journal*. 2015;4[3]:125-130.
- 39. Kearns AN, Castro MC, Lourenço BH, Augusto RA.** Factors Associated with Age at Breastfeeding Cessation in Amazonian Infants: Applying a Proximal-Distal Framework. *Matern Child Health J*. 2016;20[7]:1539-48. doi: 10.1007/s10995-016-1954-x.
- 40. Carroll K, Noble-Carr D, Sweeney L, Waldby C.** The "Lactation After Infant Death (AID) Framework": A Guide for Online Health Information Provision About Lactation After Stillbirth and Infant Death. *J Hum Lact*. 2020;36[3]:480-491. doi: 10.1177/0890334420926946.
- 41. Welborn JM.** The experience of expressing and donating breast milk following a perinatal loss. *J Hum Lact*. 2012;28[4]:506-10. doi: 10.1177/0890334412455459.
- 42. Revista Matronas.** La lactancia materna como factor protector del cáncer de mama: una revisión bibliográfica [Internet]. *Enfermería21*; 2018 [citado 13 mar 2022]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/article/110/la-lactancia-materna-como-factor-protector-del-cancer-de-mama-una-revision-bibliografica/>
- 43. Anstey EH, Shoemaker ML, Barrera CM, O'Neil ME, Verma AB, Holman DM.** Breastfeeding and Breast Cancer Risk Reduction: Implications for Black Mothers. *Am J Prev Med*. 2017;53(3S1):S40-S46. doi: 10.1016/j.amepre.2017.04.024.
- 44. Schedin P.** Pregnancy-associated breast cancer and metastasis. *Nat Rev Cancer*. 2006;6[4]:281-91. doi: 10.1038/nrc1839.

ANEXOS

Tabla 1: Recomendaciones para el manejo clínico del destete

Recomendaciones para el manejo clínico	Autor	Recomendación
Medidas físicas	Neighbors KA	Uso de analgésicos, extracción suficiente de leche, compresas frías de gel, hojas de col frías o masaje, y uso de medicamentos.
	Sociedad Chilena de Pediatría	
Supresión farmacológica	Yang Y y cols	Menor incidencia de síntomas rebotes y efectos adversos de la cabergolina que la bromocriptina.
	Tulloch KJ	
		La cabergolina tiene menos efectos secundarios y menos interacción con medicamentos.
Manejo en el duelo perinatal	Donna L Warr	Se recomienda que las mamas deben ser bombeadas cuando se haya sensación de congestión, solo para aliviar sin vaciar la mama, ya que al vaciar la mama se activa la producción de leche. El destete se realiza con la disminución de las sesiones de bombeo al día.

45. Borges VF, Lyons TR, Germain D, Schedin P. Postpartum Involution and Cancer: An Opportunity for Targeted Breast Cancer Prevention and Treatments? *Cancer Res.* 2020;80[9]:1790-1798. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-19-3448.

46. Borges VF, Schedin PJ. Pregnancy-associated breast cancer: an entity needing refinement of the definition. *Cancer.* 2012;118[13]:3226-8. doi: 10.1002/cncr.26643.

47. Williamson I, Leeming D, Lyttle S, Johnson S. 'It should be the most natural thing in the world': exploring first-time mothers' breastfeeding difficulties in the UK using audio-diaries and interviews. *Matern Child Nutr.* 2012;8[4]:434-47. doi: 10.1111/j.1740-8709.2011.00328.x.

48. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Rivera Martínez MS. Yo quiero amamantar a mi hijo: Develando la experiencia de mujeres que enfrentaron dificultades en su proceso de lactancia. *Rev Chil Pediatr.* 2017;88[5]:622-628. doi: 10.4067/S0370-41062017000500008.

49. Cortés-Rúa L, Díaz-Grávalos GJ. Interrupción temprana de la lactancia materna. Un estudio cualitativo. *Enferm Clin.* 2019;29[4]:207-215. doi: 10.1016/j.enfcli.2018.11.003.

50. Prieto-Gómez R, Saavedra-Sepúlveda A, Alvear-Aguirre G, Lazo-Millar L, Soto-Acuña A. Lactancia materna no exitosa, percepción de los profesionales de la salud: estudio de casos, IX Región, Chile. *Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet].* 2019 [citado 15 mar 2022];70[4]:219-227. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347434201900040021&lng=en

Figura 1: Diagrama de flujo de revisión, basado en formato PRISMA

