

PULSO

Revista científica del
Colegio Oficial de Enfermeras de Navarra
Nafarroako Erizainen Elkargo Ofiziala

VOL. 2 Nº 2
septiembre 2026



COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMERAS
DE NAVARRA NAFARROAKO
ERIZAINEN
ELKARGO OFIZIALA

SUMARIO

EDITORIALES

De la co-producción al co-diseño: claves para intervenciones legítimas en enfermería

Beatriz Esquisábel Soteras 2

Cuidados paliativos básicos: una competencia esencial para la enfermería del siglo XXI

Raquel Villanueva Goyeneche 4

Investigación cualitativa enfermera en el ámbito de Atención Primaria

Sara Furtado-Eraso, Nuria Goñi-Ruiz, Jaione Aramburu Gonzalo, María Azcárate Irañeta,
Cristina Pérez de Albéniz Gómez, Esther Albéniz Martínez de Lizarrondo, Esther Beraza Saldaña,
M^a Ángeles Martín Sánchez y María Elena Ausejo San José 6

ARTÍCULOS ORIGINALES

El dolor mamario durante la lactancia materna. Un análisis descriptivo en Navarra

Leyre López García y José Miguel Mansilla Domínguez 9

Exposición fotográfica como herramienta de visibilización de la lactancia materna: análisis descriptivo en un entorno hospitalario

Leyre López García, Laura Galarza Francisco, Ester Peña Álvarez, Paula Fernández Sangil y
Paola Alexandria Pinto de Magalhães 21

REVISIONES

Imagen social y cuidados invisibles de la profesión enfermera

Miriam Albóniga Vázquez, María Angós Moreno, Zuriñe Gutiérrez Etxeandia y
Miren Zugasti Villalba 30

Contacto piel con piel como facilitador de la lactancia materna: beneficios y elementos relacionados. Revisión narrativa de la evidencia actual

Mario Larrión Fernández, Marta Asarta González y Nuria Fernández Martín 44

PULSO

VOL. 2 - Nº 2
septiembre 2026



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España

Edita y dirige: Colegio Oficial de Enfermeras de Navarra Nafarroako Nafarroako Erizainen Elkargo Ofiziala

Editora: Cristina García-Vivar

Direcciones:

PAMPLONA Pintor Maeztu, 4-1º • 31008 Pamplona Tel. 948 251 243

TUDELA Blanca de Navarra, 8 • 31500 Tudela Tel. 948 411 578

<https://revistapulso.coenav.com>
trabajospulso@coenav.com

ISSN 3127-5052

EDITORIAL

De la co-producción al co-diseño: claves para intervenciones legítimas en enfermería

Beatriz Esquisábel Soterás

Doctora en Ciencias de la Enfermería.

Profesora, Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra

Correspondencia: besquisabel@unav.es**Citación:** Esquisábel Soterás B. De la co-producción al co-diseño: claves para intervenciones legítimas en enfermería. RevPuls 2026; 2(2)

En la investigación enfermera contemporánea, hablar de participación no puede limitarse a un recurso retórico. Conceptos como co-producción, co-diseño y co-creación han adquirido creciente relevancia en la última década dentro del ámbito sanitario^(1,2). Sin embargo, su uso indistinto ha contribuido en ocasiones a diluir su especificidad teórica y metodológica. Diferenciarlos es esencial, no solo como ejercicio terminológico, sino como una cuestión de legitimidad: la validez de nuestras intervenciones depende de cómo se construyen y de quiénes participan en dicho proceso.

La co-producción constituye el marco más amplio, al implicar la participación de las partes interesadas (*stakeholder*) en todas las fases de una intervención, desde su concepción y diseño, hasta la implementación, evaluación y sostenibilidad, lo que requiere una redistribución real del poder en la investigación y la práctica profesional⁽³⁾. El co-diseño se sitúa dentro de este marco, focalizando en la planificación estructural y en la creación conjunta de soluciones mediante la incorporación activa de las voces de los implicados⁽⁴⁾. La co-creación, en cambio, se vincula principalmente con la implementación, en tanto las intervenciones se transforman y enriquecen a partir de la experiencia vivida y la devolución (*feedback*) continuo de los participantes.

Este paradigma participativo no solo aporta rigor metodológico, sino también profundidad ética y relacional. En el marco de mi tesis doctoral, la adopción del enfoque Co-diseño Basado en Experiencias (Experience-Based Co-Design (EBCD)) —del cual el profesor Glenn Robert es referente internacional— permitió desarrollar un Programa de Transición Integral (PTI) destinado a enfermeras que asumen por primera vez roles de gestión de primera línea. A través de talleres colaborativos con enfermeras asistenciales, supervisoras y directivas, se logró reconstruir colectivamente la experiencia de transición al liderazgo, otorgando un nuevo significado a las vivencias individuales y transformándolas en conocimiento práctico compartido⁽⁵⁾. Este proceso no solo favoreció el aprendizaje organizativo, sino que generó un fuerte sentido de pertenencia entre las participantes, quienes se reconocieron como coautoras del programa. La legitimidad y sostenibilidad del PTI se vieron así reforzadas, al surgir de un proceso dialógico y contextualizado que refleja las realidades vividas en la práctica profesional.

Desde esta perspectiva, el co-diseño trasciende la metodología para situarse en el terreno ético y político. Diseñar intervenciones “para” las enfermeras reproduce lógicas verticales y tecnocráticas que distancian la

investigación de la realidad asistencial. En cambio, diseñarlas “con” las enfermeras, y con otros actores relevantes, como gestores, pacientes o responsables institucionales, garantiza mayor pertinencia, legitimidad y sostenibilidad^(1,2). La literatura muestra que la diferencia entre el éxito y el fracaso de una

intervención radica frecuentemente en el grado en que los actores se reconocen en ella y la sienten propia. El sentimiento de pertenencia emergente de los procesos participativos no es un subproducto anecdótico, sino un motor de compromiso y un indicador de sostenibilidad organizacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Greenhalgh T, Papoutsis C, Robert G. Co-production of knowledge and services: What it is and how to do it. 1st ed. Oxford: University of Oxford; 2019.
2. Robert G, Cornwell J, Locock L, Purushotham A, Sturme G, Gager M. Patients and staff as codesigners of healthcare services. BMJ. 2015 Feb 10;g7714.
3. Batalden P. Getting more health from healthcare: quality improvement must acknowledge patient co-production—an essay by Paul Batalden. BMJ. 2018 Sep 6;k3617.
4. Robert G, Locock L, Williams O, Cornwell J, Donetto S, Goodrich J. Co-Producing and Co-Designing. Cambridge University Press; 2022.
5. Donetto S, Pierri P, Tsianakas V, Robert G. Experience-based Co-design and Healthcare Improvement: Realizing Participatory Design in the Public Sector. The Design Journal. 2015 Jun 7;18(2):227–48.

EDITORIAL

Cuidados paliativos básicos: una competencia esencial para la enfermería del siglo XXI

Raquel Villanueva Goyeneche

Graduada en Enfermería por la Universidad Pública de Navarra.
Enfermera del Hospital Universitario de Navarra.

Correspondencia: raquel.villanueva.goyeneche@navarra.es

Citación: Villanueva Goyeneche R. Cuidados paliativos básicos: una competencia esencial para la enfermería del siglo XXI. RevPuls 2026; 2(2)

RESUMEN

Esta editorial analiza la necesidad de integrar competencias básicas en cuidados paliativos dentro de la práctica clínica enfermera habitual. Se destaca el Proyecto Pallium como modelo de éxito para democratizar el conocimiento paliativo, garantizando una atención digna y humanizada en todos los niveles asistenciales.

Palabras clave: Cuidados paliativos; proyecto Pallium; calidad de vida; capacitación enfermera.

Vivimos más años que nunca, pero no siempre vivimos mejor. Cuando la curación deja de ser posible, la calidad de los cuidados marca la diferencia entre el sufrimiento evitable y una muerte acompañada con dignidad y es en ese escenario, cuando los cuidados paliativos dejan de ser un ámbito especializado para convertirse en una competencia transversal imprescindible en la práctica enfermera.

La medicina moderna ha logrado que las personas vivan más años; sin embargo, el sistema sanitario tiene una asignatura pendiente: la calidad de esa vida cuando la curación ya no es posible. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁾, los cuidados paliativos mejoran de forma significativa la calidad de vida de las personas con enfermedades avanzadas y de sus familias, no solo mediante el alivio de síntomas, sino

también a través del acompañamiento integral, emocional y espiritual.

No debemos olvidar que los cuidados paliativos son un derecho del paciente y una responsabilidad compartida; es por eso que cuando la medicina ya no puede sumar días a la vida, las enfermeras tienen la responsabilidad de sumar vida a los días. En el día a día de nuestra práctica clínica asistencial, las enfermeras somos quienes estamos a pie de cama, habitando ese espacio de vulnerabilidad donde la curación cede el paso al cuidado. Sin embargo, nos enfrentamos a una paradoja profesional: aunque el acompañamiento forma parte de nuestra esencia, la falta de formación específica en cuidados paliativos básicos nos deja sin herramientas para actuar con seguridad.

La esencia de nuestra profesión es el cuidado integral, y este alcanza su máxima expresión cuando el objetivo ya no es la curación, sino el alivio del sufrimiento y la preservación de la calidad de vida. En este contexto surge la necesidad de democratizar el conocimiento paliativo, garantizando que cada enfermera, independientemente de su ámbito de trabajo, posea las herramientas para identificar y gestionar el sufrimiento de los pacientes y de sus familias.

En Navarra, contamos con una base privilegiada gracias a la Estrategia de Cuidados Paliativos de Navarra⁽²⁾. No obstante, este conocimiento no debe quedarse solo en las unidades especializadas, sino que debe llegar a cada centro de salud y a cada planta de nuestros hospitales, integrándose en la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra⁽³⁾. El reciente lanzamiento en España del Proyecto Pallium pone sobre la mesa una realidad ineludible: la atención al final de la vida no puede ser responsabilidad exclusiva de unos pocos especialistas, sino que es responsabilidad de todos los profesionales sanitarios. Este proyecto marca un punto de inflexión necesario; se busca que el abordaje paliativo sea una competencia transversal en todo el sistema, permitiendo la identificación temprana de necesidades físicas, emocionales y espirituales, evitando que la atención dependa exclusivamente de unidades especializadas. Se

trata de una iniciativa pionera que busca transformar el sistema sanitario mediante la formación masiva de profesionales en cuidados paliativos básicos que permitirá una mejor coordinación entre atención primaria y especializada; por lo tanto, no se trata de sustituir a los equipos especializados, sino de fortalecer el primer nivel de atención y mejorar la coordinación entre ambos. El modelo LEAP (Learning Essential Approaches to Palliative and End of Life Care), desarrollado por Pallium Canadá, ha demostrado que la formación estructurada en competencias básicas mejora la seguridad profesional y la calidad asistencial⁽⁴⁾.

La implementación de estos modelos de formación continua es una inversión en salud pública que reduce ingresos hospitalarios innecesarios y, lo más importante, garantiza que el proceso de morir sea tan respetado como el de nacer. Como enfermeras, somos las primeras en detectar un cambio en el estado de un paciente, es por esto que capacitarnos en competencias paliativas supone empoderarnos para ofrecer una respuesta profesional y humana sin depender de interconsultas que en ocasiones llegan demasiado tarde. Es necesario dotar a todas las enfermeras de la capacidad de ofrecer consuelo y alivio profesional allá donde el paciente se encuentre, porque acompañar al final de la vida no es una opción formativa: es una obligación ética de la enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 24 de mayo de 2024]. Disponible en: www.who.int

2. Comunidad Foral de Navarra. Departamento de Salud. Orden Foral 164E/2023, de 18 de mayo, por la que se aprueba la Estrategia de Cuidados Paliativos de Navarra [Internet]. Pamplona: Boletín Oficial de Navarra; 2023 [citado 13 de febrero de 2026]. Disponible en: www.lexnavarra.navarra.es

3. Gobierno de Navarra. Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra 2024-2028 [Internet]. Pamplona: Departamento de Salud; 2024 [citado 13 de febrero de 2026]. Disponible en: www.navarra.es

4. Pereira J, Chary S. The LEAP model: Learning Essential Approaches to Palliative and End-of-Life Care. Pallium Canada. 2017.

EDITORIAL

Investigación cualitativa enfermera en el ámbito de Atención Primaria

Sara Furtado-Eraso^{1,2,3}

Nuria Goñi-Ruiz^{1,2,3*}

Jaione Aramburu Gonzalo^{1,2,3}

María Azcárate Irañeta¹

Cristina Pérez de Albéniz Gómez¹

Esther Albéniz Martínez de Lizarrondo¹

Esther Beraza Saldaña¹

M^a Ángeles Martín Sánchez^{1,2}

María Elena Ausejo San José^{1,2}

1. Enfermeras y médica* del Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial. Gerencia de AP.

2. Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, Navarra, España.

3. Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra (UPNA), Pamplona, Navarra, España.

Correspondencia: sara.furtado.eraso@navarra.es

Citación: Furtado-Eraso S, Goñi-Ruiz N, Aramburu Gonzalo J, Azcárate Irañeta M, Pérez de Albéniz Gómez C, Albéniz Martínez de Lizarrondo E et al. Investigación cualitativa enfermera en el ámbito de Atención Primaria. RevPuls 2026; 2(2)

La consolidación científica de la enfermería y su evolución como disciplina autónoma han hecho necesaria una revisión constante de los fundamentos teóricos de nuestra profesión, intrínsecamente vinculada al cuidado.

Históricamente, la práctica del cuidado ha compartido espacio con el enfoque biomédico centrado en el proceso clínico y la especialización que, en ocasiones, tiende a desenfocar a la persona en su totalidad, invisibilizando su entorno. Ante esta visión reduccionista y la tecnificación del entorno sanitario actual, resulta imprescindible enfatizar la dimensión humana de la

enfermería como el núcleo insustituible de nuestra profesión⁽¹⁾. Este posicionamiento pone en valor el cuidado holístico y el acto transpersonal de cuidar (Jean Watson), reconociendo la integridad del ser humano que no se entiende sin sus aspectos humanos y sociales⁽²⁾.

En este escenario, la investigación cualitativa no surge únicamente como una alternativa metodológica, sino como una herramienta necesaria e indispensable para rescatar la esencia del cuidado, al profundizar en la experiencia vivida de los y las pacientes y de su entorno. Este enfoque hace posible ahondar en las vivencias y percepciones de las personas durante sus

procesos de salud y enfermedad, explorar fenómenos existenciales profundos y visibilizar las respuestas humanas que surgen de las propias experiencias vitales. Además, esta metodología permite visibilizar lo que denominamos “cuidados invisibles de enfermería”: ese conjunto de intervenciones intangibles como la escucha activa, el silencio empático o el apoyo emocional que, aunque no figuran en registros cuantitativos, son esenciales en el proceso de cuidar. Al profundizar en las experiencias vividas, la investigación cualitativa transforma este “cuidado invisible” en evidencia científica⁽³⁾.

La investigación cualitativa no siempre ha alcanzado el mismo grado de reconocimiento que otros enfoques metodológicos dentro de los modelos tradicionales de evidencia científica. Sin embargo, los marcos actuales de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE), como el del Joanna Briggs Institute (JBI), defienden que la evidencia científica debe valorarse no solo por su efectividad, sino por su viabilidad, adecuación y significatividad (FAME)⁽⁴⁾. La investigación cualitativa es el “corazón” de la PBE porque logra que la ciencia se adapte a la realidad, respetando los valores y decisiones de cada individuo, algo que los ensayos clínicos aleatorizados no logran reflejar por sí solos.

La riqueza de la investigación cualitativa reside en la diversidad de sus diseños, ya que cada uno aporta una fortaleza específica para mejorar el conocimiento que nos lleve a humanizar los cuidados. La fenomenología, por ejemplo, nos permite acceder a la esencia de la experiencia vivida por la persona, facilitando una comprensión profunda de la salud y la enfermedad desde su propia perspectiva y sentimientos. Por su parte, la etnografía ayuda a superar protocolos rígidos al explorar los valores culturales y las costumbres de la comunidad, facilitando la creación de estrategias de salud que respeten la identidad de la población y fortalezcan el vínculo terapéutico. Cuando el objetivo es comprender procesos de cambio y adaptación, la teoría fundamentada ofrece una vía rigurosa para generar conocimiento basado directamente en la realidad de los y las participantes y sus interacciones sociales cotidianas. Además, enfoques como la investigación-acción capacitan a la enfermera para actuar como motor de cambio social, integrando activamente a la comunidad en la identificación y resolución de sus propios problemas de salud. A esta variedad metodológica se suman otras opciones como el estudio de casos (útil para analizar situaciones complejas en su entorno real) y el enfoque narrativo (que recupera el relato biográfico y la historia de vida de cada individuo) que proporcionan a las enfermeras una base científica flexible y potente que responde con precisión

a la singularidad humana⁽⁵⁾. No obstante, la validez de cualquiera de estos enfoques se sostiene únicamente si se garantiza una excelencia investigadora basada en un diseño metodológico riguroso fundamentado en la transparencia, la constante reflexividad en el análisis, la triangulación de los datos y el compromiso ético con los y las participantes⁽⁶⁾.

Es precisamente en la Atención Primaria (AP) donde este enfoque cobra una relevancia especial. El ámbito de AP es un espacio privilegiado para ofrecer un acompañamiento terapéutico humanizado que, apoyado en la longitudinalidad y el vínculo, ya se traduce en nuestras consultas en una atención de valor centrada en la persona, liderando así un cambio real hacia un modelo de atención integral⁽⁷⁾. Esta proximidad y continuidad en la relación terapéutica funciona como un detector que puede visibilizar y dar voz a grupos vulnerables y minorías étnicas que la investigación tradicional suele pasar por alto.

Para dar respuesta a este desafío, es fundamental contar con una perspectiva investigadora que rescate el valor del relato del paciente y la visión global del ser humano como elementos centrales y que se convierta, a su vez, en la brújula indispensable para guiar nuestra práctica clínica y evaluar la calidad de nuestra asistencia. Al recoger las experiencias ante la incertidumbre de la enfermedad y los distintos acontecimientos vitales en el contexto real de los y las pacientes, las enfermeras de AP logran que la atención sea tan científica como humana, convirtiéndose en un verdadero instrumento de justicia social y calidad asistencial⁽⁸⁾. Consecuentemente, no basta con investigar, es fundamental hacer visibles los resultados de estas investigaciones tanto a la comunidad científica como a la propia población, garantizando que la voz de los y las pacientes sea escuchada y valorada.

Sin la evidencia cualitativa, la humanización y personalización de los cuidados pueden convertirse en una simple declaración de intenciones, limitada a un discurso vacío que no se traduce en una atención centrada en la persona.

A pesar de su gran potencial, la investigación cualitativa enfermera en AP se enfrenta a retos diarios y dificultades reales⁽⁹⁾. La saturación asistencial en AP obstaculiza el desarrollo de la investigación cualitativa enfermera que, por definición, requiere de tiempo para escuchar, comprender y profundizar en las vivencias de la comunidad. A esta limitación se suma la carencia de formación metodológica específica que dificulta que las enfermeras desarrollen las habilidades necesarias

para identificar problemas de investigación pertinentes, manejar herramientas de análisis cualitativo o realizar una lectura crítica de la literatura científica.

Apostar por la consolidación de la investigación cualitativa implica dejar de verla como algo teórico y situarla en el centro de unos cuidados excelentes. Este avance sólo es posible si generamos espacios para la reflexión, fortalecemos las redes de investigación colaborativa y nos abrimos a la comunidad para co-construir el conocimiento basado en sus necesidades reales. Esto implica promover un liderazgo que impulse el cambio en las enfermeras, aportándoles destrezas de interpretación (hermenéuticas) y de argumentación (dialécticas) capaces de desafiar la fragmentación del sistema⁽¹⁰⁾.

Entendiendo que la generosidad en investigación es la base para avanzar, claramente este progreso es más sólido cuando apostamos por una investigación multidisciplinar en los equipos de AP que integre distintos puntos de vista. Al sumar diversas perspectivas, nuestra ciencia se vuelve más diversa, potente y capaz de llegar más lejos. Por ello, es fundamental tender puentes

con otros estamentos y con el entorno hospitalario para crecer en investigación sumando fuerzas, evolucionando juntos desde la colaboración y el respeto mutuo.

Teniendo en cuenta las fortalezas de la metodología cualitativa, que es robusta y suficiente por sí misma, es importante no perder de vista que, en determinados momentos y según el diseño, al unirse a la precisión medible de la investigación cuantitativa, crea una sinergia que eleva el alcance del estudio al respaldar la profundidad de las vivencias humanas con el rigor del dato estadístico.

En conclusión, la investigación cualitativa no es un lujo para que realicen los académicos, sino una herramienta de justicia social y de calidad asistencial. Sirva esta editorial para animar a las enfermeras de Navarra a liderar este cambio de paradigma, incorporando las voces de los pacientes y sus familias en la construcción de un conocimiento que sea tan riguroso en lo científico como profundo en lo humano. Solo así podremos ofrecer cuidados que realmente den respuesta a la complejidad de la vida cotidiana en nuestras comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barradas C, Miguel SA, Caldeira S. Qualitative research and nursing knowledge on human responses: considering diagnosis validity. *J Res Nurs*. 2026;31(2):104-115. doi:10.1177/17449871261419692
2. Silveira Teófilo TJ, Gomes Viana AC, dos Santos Oliveira J, Correia Pinto de Abreu WJ. Empathy in Jean Watson's Theory of Human Caring: Philosophical Reflections on the Caritas® Processes and Mindfulness. *J Holist Nurs*. 2026;44(1):10.1177/08980101261427830.
3. Gholizad Gougjehyaran H, Amanollahzadeh A, Rajabi Danaloo M. Invisible nursing care: a concept analysis. *BMC Nurs*. 2025;24(1):381. doi:10.1186/s12912-025-04082-w
4. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. 2019 Mar;17(1):58-71. doi: 10.1097/XEB.000000000000155. PMID: 30256247.
5. Lim WM. What Is Qualitative Research? An Overview and Guidelines. *Australas Mark J*. 2025 May;33(2):199-229. doi:10.1177/14413582241264619.
6. Watson A, Jackson D. The Art of Analysis: Crafting Credible and Authentic Qualitative Results. *J Adv Nurs*. 2025;82(2):1716-1724. doi:10.1111/jan.17032.
7. Mellado A, Tapia Escobar E, Pavlovic S, Riveros M and Silva-Jiménez D (2026) Humanization interventions in primary health care: an umbrella review. *Front. Health Serv*. 6:1835535. doi: 10.3389/frhs.2026.1835535.
8. Slemon, A., and I. Handlovsky, S. Schmied. 2025. "Social Justice in Nursing: A Critical Interpretive Synthesis." *Nursing Philosophy* 26: 1-13. <https://doi.org/10.1111/nup.70045>.
9. Matheson M, Skinner IW, Vehagen A, Auliffe SM, Malliaras P. Barriers and Enablers of Primary Healthcare Professionals in Health Research Engagement: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Nurs Health Sci*. 2025 Mar;27(1):e70022. doi: 10.1111/nhs.70022. PMID: 39789896; PMCID: PMC11718354
10. Marks L, Biles J, Kornhaber R. Nursing Leadership in Practice: A Qualitative Scoping Review of Framework Implementation Experiences in Public Healthcare Systems. *J Nurs Manag*. 2026;2026:8807131. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/jonm/8807131>

ARTÍCULO ORIGINAL

El dolor mamario durante la lactancia materna. Un análisis descriptivo en Navarra

Leyre López García¹

José Miguel Mansilla Domínguez²

¹. Máster en Salud Pública. Graduada en Enfermería. IBCLC. Apoyo a la investigación. Universidad de Navarra, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Instituto de Nutrición y Salud (INS). Universidad de Navarra. IdisNa (Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra).

². Doctor. Máster en Salud Pública y Epidemiología. Diplomado en Enfermería. Universidad Europea de Madrid. Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina, Salud y Deportes.

Correspondencia: leyrelopezga@gmail.com

Citación: López García L, Mansilla Domínguez JM. El dolor mamario durante la lactancia materna. Un análisis descriptivo en Navarra. RevPuls 2026; 2(2)



RESUMEN

Introducción

El dolor mamario lactacional es un importante problema de salud pública, ya que afecta de forma negativa a la evolución de la lactancia materna y a la salud de las mujeres y los lactantes. Sin embargo, no existe suficiente evidencia sobre sus causas, valoración, tratamiento y prevalencia.

Objetivo

Conocer el dolor mamario lactacional en los primeros tres meses postparto en mujeres de la Comunidad Foral de Navarra.

Material y método

Estudio descriptivo, observacional, cuantitativo y transversal mediante encuesta poblacional, con una muestra de 50 participantes.

Resultados

La prevalencia de dolor mamario fue alta (86%). El 88,4% de las mujeres con dolor consultaron por este motivo y el período de tiempo en el que refirieron dolor con mayor frecuencia fue en las dos primeras semanas postparto (42%). Los síntomas locales fueron los que acompañaron al dolor con mayor asiduidad. El 87,5% de las mujeres que recibieron atención especializada en lactancia estuvo a cargo de la matrona. Un 24% se planteó abandonar la lactancia a causa del dolor. El diagnóstico más frecuente entre los lactantes fue la anquiloglosia (20,9%). No se observó ninguna asociación estadísticamente significativa entre las variables a estudio y el dolor mamario lactacional. No obstante, se encontró que existe asociación estadísticamente significativa entre el hecho de tener una obstrucción ductal y desarrollar mastitis, tanto aguda ($p=0,001$) como subaguda ($p=0,009$).

Conclusiones

Es necesario seguir investigando en la etiopatogenia, valoración y tratamiento del dolor mamario lactacional.

Palabras clave: mastodinia; lactancia materna; período postparto; mastitis; salud pública.

ABSTRACT

Introduction

Lactational breast pain is an important public health problem, as it negatively affects the evolution of breastfeeding and the health of women and infants. However, there is insufficient evidence on its causes, assessment, treatment and prevalence.

Objective

To learn about breast pain during breastfeeding in the first three months postpartum in women in the Autonomous Community of Navarra.

Methodology

Descriptive, observational, cross-sectional study by means of a population-based survey, with a sample of 50 participants.

Results

The prevalence of lactational breast pain was high (86%). The period of time in which women reported pain most frequently was in the first two weeks postpartum (42%). The most frequent accompanying symptoms of pain were local. The most frequent diagnosis among infants was ankyloglossia (20.9%). 88.4% of the women with pain consulted for this reason. The midwife was responsible for 87.5% of the women who received specialized breastfeeding care. A total of 24% considered abandoning breastfeeding because of pain. No statistically significant association was observed between the variables under study and lactational breast pain. However, it was found that there was a statistically significant association between having an obstruction of the mammary ducts and developing mastitis, both acute ($p=0.001$) and subacute ($p=0.009$).

Conclusions

Further research is needed on the etiopathogenesis of lactational breast pain, its assessment and treatment.

Keywords: mastodynia; breastfeeding; postpartum period; mastitis; public health.

Agradecimientos a: Estefanía Ainhoa Toledo Atucha, Cristina López Del Burgo y Ana Cristina Rovayo (Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra), Idoia Blanco Luquin (Universidad Pública de Navarra) y Mónica Árias Colinas (Área Salud, Experimentales y Técnicas. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra).

INTRODUCCIÓN

Son innegables los beneficios de la lactancia materna (LM) en la salud a corto, medio y largo plazo para mujeres y lactantes, el entorno familiar, comunitario y el ecosistema, y por lo tanto para la sociedad en su totalidad⁽¹⁻⁴⁾.

Además, la LM tiene un impacto positivo en el sistema de salud, ya que generan menor gasto sanitario aquellos bebés alimentados con leche materna de forma exclusiva que aquellos alimentados con leche de fórmula, porque los primeros tienen menor riesgo de enfermar^(5, 6).

El dolor mamario lactacional (DML) es una de las principales causas de demanda de atención sanitaria en el puerperio y afecta desfavorablemente a la evolución de la LM, siendo una de las principales causas del cese de la misma y, por tanto, un importante problema de salud pública⁽⁷⁻¹⁰⁾.

A pesar de ello es un tema minusvalorado, la bibliografía es limitada, no hay consenso científico sobre su etiopatogenia y los estudios sobre cómo valorarlo, cuál es su prevalencia, sus rasgos distintivos, la conducta de las madres que lo sufren y su tratamiento, son insuficientes^(7, 9).

La promoción de la LM debe pasar por una correcta atención sanitaria a las mujeres lactantes para el adecuado diagnóstico y tratamiento del DML, que haga posible conseguir los objetivos de alimentación de sus hijos/as⁽⁷⁾.

Por ello es pertinente la investigación en este campo⁽⁷⁾, especialmente en la Comunidad Foral de Navarra, donde no se ha estudiado todavía.

Así pues, el objetivo general de este trabajo es conocer el DML en los primeros tres meses postparto en mujeres en Navarra. Para ello, se pretende determinar la prevalencia del DML y caracterizarlo, evaluar la atención sanitaria que reciben las mujeres lactantes en Navarra e identificar el DML como posible causa de abandono de la lactancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal. El tipo de muestreo fue no probabilístico consecutivo.

Se llevó a cabo un proyecto piloto con 50 participantes, en el contexto del Trabajo Fin de Máster en Salud Pública de la Universidad Europea de Madrid (UEM), y se empleó el método de muestreo de bola de nieve.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron aquellas mujeres mayores de edad que dieron a luz del 01 al 28 de febrero (primer reclutamiento) y del 01 al 31 de marzo de 2023 (segundo reclutamiento) en Navarra y residieron en esta comunidad los primeros tres meses tras el parto; que lactaron en algún momento del período estudiado y tanto aquellas que tuvieron DML como las que no.

Se excluyeron del estudio aquellas mujeres que habían sufrido una pérdida gestacional tardía, muerte perinatal o fallecimiento del recién nacido en los primeros tres meses de vida; con dificultades idiomáticas y/o aquellas que no aceptaran el consentimiento informado.

Herramienta de recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo del 23 de mayo al 20 de junio y del 22 de junio al 18 de julio de 2023, por medio de una encuesta poblacional *ad hoc*. Esta encuesta se realizó a través de Google Form de forma online.

Variables del estudio

Al inicio de la encuesta se incluyó información sobre el estudio y el consentimiento informado. La no aceptación del consentimiento impidió el acceso al cuestionario, que incluyó las variables descritas en la **Tabla 1** (posibles factores de riesgo del DML)⁽⁹⁾.

Además, se incluyeron datos sobre la presencia y duración⁽⁹⁾, características, síntomas asociados, diagnóstico y tratamiento del DML^(7, 11-15).

Para valorar la intensidad del dolor, se utilizó la Escala Analógica Visual (EVA) donde una puntuación del 1-3 corresponde a un dolor leve, de 4-7 moderado y de 8-10 severo⁽¹³⁾.

Tabla 1. Variables sociodemográficas y de embarazo, parto y lactancia materna (LM)

Variables			Total de participantes n=50	
Sociodemográficas	Edad (años)	Media	35,36 años	
		Desviación estándar	3,958	
	Número de hijos (incluyendo al recién nacido)	Media	1,52 hijos	
		Desviación estándar	0,646	
	Procedencia	España	96% (n= 48)	
		América del Sur	4% (n= 2)	
	Nivel de estudios	Secundarios	16% (n= 8)	
		Universitarios	84% (n=42)	
	Situación laboral	En paro (prestación)	2% (n=1)	
		Trabajadora por cuenta ajena	74% (n= 37)	
Trabajadora por cuenta propia		10% (n= 5)		
Sin empleo		14% (n=7)		
Embarazo, parto y lactancia materna	Experiencia previa con la LM	No	52% (n=26)	
		Sí, positiva	36% (n=18)	
		Sí, negativa	12% (n=6)	
	Tipo de lactancia en la actualidad	Lactancia materna exclusiva (LME) *	76% (n=38)	
		Lactancia mixta (LM) **	18% (n=9)	
		Lactancia artificial (LA) ***	6% (n=3)	
	Clases sobre lactancia materna durante el embarazo	No	50% (n=25)	
		Sí	50% (n=25)	
	Tratamiento antibiótico durante el embarazo o el parto	No	74% (n=37)	
		Sí	26% (n=13)	
	Lugar de nacimiento del recién nacido	Hospital Virgen del Camino (Pamplona)	74% (n=37)	
		Hospital García Orcoyen (Estella)	12% (n=6)	
		Hospital Reina Sofia (Tudela)	2% (n=1)	
		Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)	8% (n=4)	
		Clínica San Miguel (Pamplona)	2% (n=1)	
		Domicilio particular	2% (n=1)	
	Prematuridad del recién nacido	No	96% (n=48)	
		Sí	4% (n=2)	
	Separación de la diada tras el parto	No	88% (n=44)	
		Sí	12% (n=6)	
	Tiempo desde el nacimiento hasta la primera toma	Una hora o menos	68% (n=34)	
		Más de una hora	28% (n=14)	
		No sabe/no contesta	4% (n=2)	
	Uso de chupete antes del mes de vida	No	76% (n=38)	
		Sí	24% (n=12)	
	Tipo de parto	Cesárea	6% (n=3)	
		Vaginal	94% (n=47)	Con epidural 72% (n=36)
Con desgarro 44% (n=22)				
Con episiotomía 18% (n=9)				
Uso de instrumental 16% (n=8)				

*"Alimentación exclusiva por leche materna"⁽¹³⁾
 ***"Alimentación por leche materna y preparados artificiales, independientemente de su proporción"⁽¹³⁾

****"Alimentación exclusivamente con preparados artificiales"⁽¹³⁾

Sobre la asistencia recibida, se preguntó si consultaron o no por DML⁽⁹⁾, si recibieron atención especializada, qué profesionales les atendieron^(7,12,16) y si se sintieron apoyadas en sus lactancias⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Por último, se incorporaron datos sobre el tipo, la evolución y el abandono de la LM, incluidos los motivos para el cese y continuación^(9,16).

Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos, a través de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas; media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico [P25-P75] para las variables cuantitativas (analizando también simetría y curtosis). Se emplearon los programas Excel e IBM SPSS (versión 29.0.0.0 [241]).

Consideraciones éticas

Se solicitó la aprobación a la Comisión de Investigación de la UEM y el proyecto quedó registrado el 10/05/2023 con el código 23.272.

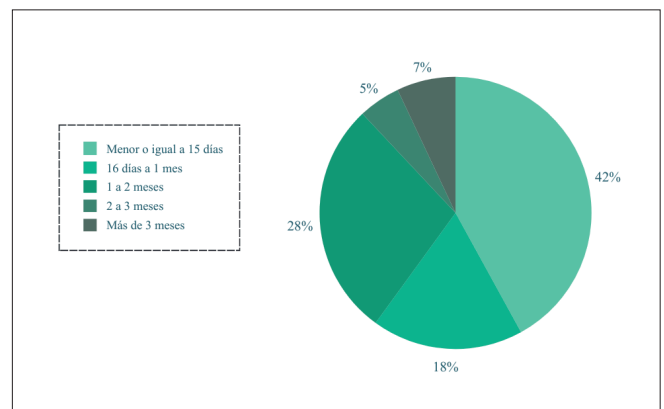
Se respetaron las normas de protección de datos y de confidencialidad de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

RESULTADOS

Aunque inicialmente intentaron participar 87 mujeres, 37 fueron excluidas por no cumplir los criterios de inclusión. Los datos sociodemográficos y aquellos relacionados con el embarazo, parto y LM de las participantes incluidas se presentan en la **Tabla 1** (posibles factores de riesgo del DML)⁽⁹⁾. No se observó ninguna asociación estadísticamente significativa entre estas variables y el DML.

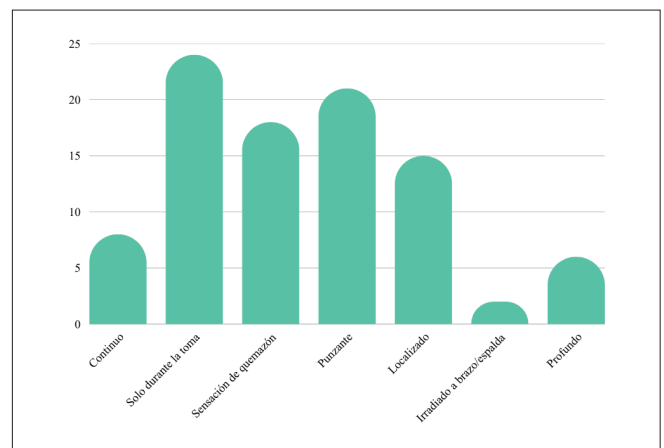
La gran mayoría de las mujeres (86%) refirió DML durante los primeros tres meses posparto. De entre ellas, el 90,7% lo sufrió en ambos pechos. Como se puede observar en la **Figura 1**, la mayor parte de las mujeres experimentaron dolor durante los primeros 15 días posparto, disminuyendo la prevalencia durante el primer mes y aumentando de nuevo durante los dos meses tras el parto.

Figura 1. Duración del dolor mamario lactacional (DML)



En cuanto a las características del DML (**Figura 2**), un 55,8% de las mujeres con dolor afirmaron sentirlo solo durante la toma, frente al 18,6% que lo sentían de forma continua. Por otro lado, un 34,9% refirió dolor localizado frente a un 4,7% irradiado a brazo y espalda. En cuanto al tipo de dolor, el más frecuente fue el punzante (48,8%) seguido de la sensación de quemazón (41,9%).

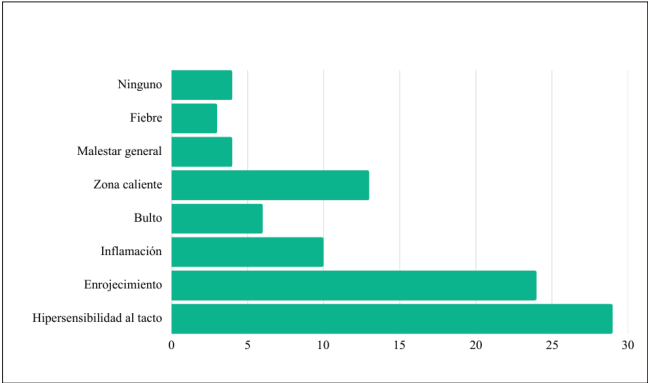
Figura 2. Características del dolor mamario lactacional (DML) (n)



Con respecto a la intensidad del dolor, la media de puntuación EVA fue de 6,70 (desviación estándar de 2,076). 5 mujeres afirmaron haber tenido dolor leve, 20 moderado y 18 severo.

El DML se acompañó de otra clínica en el 90,7% de los casos (**Figura 3**), siendo los más frecuentes los síntomas locales como la hipersensibilidad al tacto (67,4%) y el enrojecimiento (55,8%) y los menos frecuentes los síntomas sistémicos como el malestar general (9,3%) y la fiebre (7%).

Figura 3. Síntomas acompañantes del dolor mamario lactacional (DML) (n)



De entre las 43 mujeres que presentaron dolor, se realizaron 3 cultivos de leche materna (todos negativos). Se diagnosticaron 5 casos de mastitis aguda, 7 de mastitis subaguda y 1 absceso mamario. El diagnóstico más frecuente fueron las grietas en los pezones (n=28), seguido de la obstrucción ductal (n=8) y las perlas de leche (n=7). Los diagnósticos menos frecuentes fueron ampollas (n=2) y eccema (n=1).

El 80% de las mujeres que tuvieron mastitis aguda, también fueron diagnosticadas de obstrucción ductal, encontrándose asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0,001$). Además, el 57,1% de las mujeres con mastitis subaguda también tuvieron obstrucción de conductos, existiendo también relación estadísticamente significativa ($p=0,009$). Por otro lado, el 40% de las mujeres que padecieron mastitis subaguda tuvieron mastitis aguda.

La mujer con absceso mamario, también padeció grietas, obstrucción ductal, mastitis subaguda y aguda.

En cuanto a los diagnósticos en el lactante, un 20,9% de los nacidos de madres con DML fueron diagnosticados de anquiloglosia, un 14% de alteraciones y/o tensiones estructurales (como tortícolis congénita, fractura de clavícula, traumatismos intraparto, etc.) y un 9,3% de problemas digestivos. Fueron tratados de sus dolencias el 65% de los bebés diagnosticados.

Por otro lado, cabe destacar la relación entre el DML y alguna de las variables a estudio, presentadas en la **Tabla 2**.

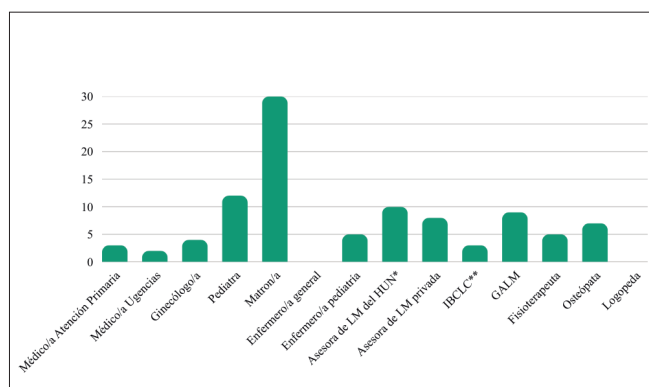
Tabla 2. Relación entre el dolor mamario lactacional (DML) y variables maternas, neonatales y de lactancia

Variable	Categoría	DML (%)
Prematuridad	Recién nacido prematuro	100
	Recién nacido a término	85,4
Clases sobre LM durante el embarazo	Sí	88,0
	No	84,0
Tratamiento antibiótico durante embarazo o parto	Sí	84,6
	No	86,5
Lugar de nacimiento	Hospital Virgen del Camino (Pamplona)	83,8
	Hospital García Orcoyen (Estella)	100
	Hospital Reina Sofía (Tudela)	100
	Clínica Universidad de Navarra	100
	Clínica San Miguel	100
	Domicilio	0
Tipo de parto	Vaginal	87,2
	Cesárea	66,7
Separación diada tras el nacimiento	Sí	83,3
	No	86,4

	No	86,4
Tiempo hasta inicio de la LM	Primera hora postparto	82,4
	Después de la primera hora	92,9
Uso de chupete antes del primer mes	Sí	91,7
	No	84,2
Experiencia previa con LM	Sin experiencia	88,5
	Experiencia positiva	77,8
	Experiencia negativa	100
Tipo de lactancia	LME	81,6
	Lactancia mixta o artificial	100
Apoyo para la LM	Sí	87,2
	No	66,7

La mayoría de las mujeres con DML pidió ayuda o consultó por este motivo (88,4%) y el 81,4% recibió atención especializada en LM. Tal y como se muestra en la **Figura 4**, de entre las mujeres que recibieron atención especializada (n= 35), la matrona fue la profesional que más servicios prestó (85,7%), seguido por el pediatra (34,3%), los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM) (25,7%) y las asesoras de LM (28,6% servicio público y 22,9% consulta privada). Un 34,3% fueron atendidas por más de tres profesionales especializados en LM.

Figura 4. Figura 4. Procuradores de atención especializada en LM (n)



*HUN: Hospital Universitario de Navarra.

**IBCLC: Siglas en inglés de Consultora Certificada en Lactancia Materna Internacional.

Las participantes con dolor recibieron diferentes recomendaciones en cuanto a medidas físicas para su tratamiento, que incluían el descanso materno (14%), aplicación de calor (44,2%) o frío (37,1%) local, masaje en la mama (58,1%), vaciado frecuente del pecho (34,9%) y colocar al bebé en una posición que favorezca el drenado (72,1%). 8 de los casos no recibieron ninguna recomendación y 17 (39,5%) recibieron más de 3 recomendaciones.

En cuanto al tratamiento farmacológico, un 55,8% de las mujeres con dolor no recibieron pautas, a un 27,9% se les recetaron analgésicos/antiinflamatorios, a un 16,3% antibióticos y a un 34,9% probióticos.

Las medidas físicas y el tratamiento recibido fueron efectivos para la resolución del dolor en un 81,3% de los casos.

En relación con la LM, recibió apoyo un 94% del total de la muestra. Un 82% de las mujeres afirmaron recibir apoyo de su pareja, el 50% de su familia, el 24% de su entorno cercano, el 26% de GALM y el 62% de sanitarios. El 32% de las participantes se planteó en algún momento abandonar la LM, el 24% manifestó su relación con el DML y el 6% con la falta de apoyo.

Finalmente abandonó la lactancia un 6% de las mujeres que se lo habían planteado (n=3), en 1 caso por la intensidad del DML, otro por la falta de apoyo y 2 asociaron además otros motivos. Todas las mujeres que abandonaron la LM refirieron DML.

Entre las mujeres que continuaron lactando, en el 38,5% de los casos afirmaron que el motivo fue el apoyo, cifra similar a las que lo atribuyeron a la resolución del problema de lactancia.

DISCUSIÓN

Durante la consecución de los objetivos de esta investigación, pudo observarse una prevalencia de LME a los tres meses superior a la española, ya que un 76% de las mujeres de este estudio ofrecieron LME a sus bebés frente a cerca del 64% según la ENS de 2017^(9,18). También fue superior a la del Ayuntamiento de Ames (A Coruña) donde un estudio descriptivo transversal mediante encuesta telefónica sitúa la prevalencia de LME a los tres meses en poco más del 44%⁽¹⁹⁾.

Del mismo modo, la prevalencia de DML durante los tres primeros meses postparto (86%) fue superior a la identificada en dos estudios prospectivos en el área de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Madrid sobre el dolor al amamantar, su prevalencia, características y factores de riesgo (68,5% y 65%)^(9,20). También fue superior a las cifras observadas en un estudio en Australia, donde el 79% de las mujeres lactantes presentaban dolor antes del alta hospitalaria y un 20% lo refería a los dos meses⁽²¹⁾. Estaría en el rango establecido por otros autores (40–90%)⁽¹⁰⁾ y sin embargo es inferior a la prevalencia reportada en un estudio descriptivo transversal que analizó el dolor del pezón asociado a la LM en los dos primeros días tras el parto en un hospital de Madrid (97%)⁽²²⁾. Estos datos sugieren que el DML es un problema frecuente^(9,10,21).

El período de tiempo en el que las mujeres refirieron DML con mayor frecuencia, fue en las dos primeras semanas tras el parto, hecho que coincide con lo observado en otros estudios^(9,20,21,23).

Los síntomas más frecuentes que acompañaron al DML fueron los locales, que pueden caracterizar tanto a la mastitis subaguda como a la mastitis aguda (acompañados en este caso de síntomas sistémicos), tal y como se indica en una “Actualización de la clasificación y manejo de mastitis” de 2020⁽²⁴⁾. Si bien es cierto que, al igual que menciona la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica)⁽¹¹⁾ y de acuerdo a la actualización citada⁽²⁴⁾, el tipo de mastitis más frecuente en las mujeres del presente estudio, fue la subaguda.

El diagnóstico más frecuente entre los nacidos de mujeres con DML fue la anquiloglosia, cuya prevalencia en Navarra fue superior con respecto a la del Principado de Asturias (20,9% frente a 12,1%)⁽²⁵⁾ y muy superior a otros países europeos, como Andorra (6,54%)⁽²⁶⁾. Esta circunstancia puede deberse a que uno de los problemas derivados de la anquiloglosia es el dolor en la mama y la mastitis recurrente^(10,27,28).

Cabe destacar el diagnóstico de mastitis, la antibioterapia y la escasa realización de cultivos de leche materna en nuestro estudio. Aunque se recomienda cautela con el uso de antibióticos⁽⁷⁾, no hay consenso científico acerca del cultivo de leche materna, existiendo diferentes indicaciones recogidas por la ABM (Academy of Breastfeeding Medicine), la “Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna”, la “Guía PRIOAM”, la SEIMC y el NICE (National Institute for Clinical Excellence)^(7,11–13,29,30). Fruto de la disparidad de criterios, la falta de un diagnóstico causal y de antibiogramas, la mastitis se trata inadecuadamente y las mujeres lactantes se ven obligadas a continuar su lactancia con dolor o a destetar⁽¹¹⁾. Por ello es necesario tener en cuenta, además de la correcta toma de la muestra, el adecuado análisis e informe del cultivo de leche materna (en aquellos casos en los que esté indicado), para el correcto manejo del DML, así como la valoración de anquiloglosia en el lactante y una adecuada técnica al amamantar⁽²⁰⁾.

En cuanto a la asistencia sanitaria, si comparamos el presente estudio con el trabajo de LAYDI-Dolores, casi el doble de las mujeres navarras pidieron ayuda o consultaron por dolor, con respecto a las madrileñas (88,4% frente al 45%)⁽⁹⁾. En ambos estudios la profesional que más les atendió fue la matrona⁽⁹⁾.

Un hallazgo interesante es la atención por parte de varios profesionales especializados en LM, pertenecientes a diferentes ámbitos y disciplinas. Aunque existe escasa evidencia sobre la importancia del abordaje interdisciplinar de la LM parece ser que la atención de la LM basada en el trabajo en equipo entre la enfermera formada en LM y otro procurador de salud, brinda el apoyo continuado que madres y lactantes necesitan⁽³¹⁾.

Las recomendaciones que estos profesionales hicieron acerca de las medidas físicas para el tratamiento del dolor, la inflamación y la mastitis, como son el masaje de la mama, el vaciado frecuente del pecho y colocar al bebé en una determinada posición al mamar, son contrarias a las recomendaciones de la ABM en su “Protocolo Clínico número 36”⁽¹²⁾. Teniendo en cuenta el impacto negativo que el cese de la lactancia tiene en la salud de las mujeres y los lactantes, es necesario que los profesionales que los atienden tengan formación actualizada en LM para ofrecerles una asistencia de calidad que les permita resolver sus dificultades⁽⁹⁾.

El porcentaje de mujeres que se plantearon en algún momento abandonar la lactancia a causa del dolor es

inferior al observado en uno de los estudios prospectivos mencionados anteriormente⁽⁹⁾.

A pesar de que no pudo estudiarse la asociación entre el DML y el abandono de la lactancia debido a que todas las mujeres que abandonaron habían tenido dolor, otros estudios mencionan el dolor como causa de abandono^(9,19–22,32,33).

Al igual que en LAYDi-Dolores, no se observó ninguna asociación estadísticamente significativa entre las variables a estudio (posibles factores de riesgo) y el DML⁽⁹⁾.

No obstante, y aunque no es uno de los objetivos del estudio, se observó que existe asociación estadísticamente significativa entre tener una obstrucción ductal y desarrollar mastitis, tanto aguda como subaguda. Este hecho coincide con la visión de Lisa H. Amir en su artículo de 2014 sobre problemas en la comunidad en relación a la LM⁽³⁴⁾ y con la nueva visión de la ABM acerca del espectro de la mastitis, donde existe una evolución continua entre el estrechamiento ductal, la inflamación y la infección bacteriana⁽¹²⁾. Esta misma evolución se puede ver en el caso de la mujer con absceso mamario, que también refirió grietas, obstrucción y mastitis subaguda y aguda (aunque en este caso no se observaron asociaciones estadísticamente significativas).

Las limitaciones observadas en el estudio fueron:

- Población infrarrepresentada como minorías étnicas y aquellas mujeres sin acceso a tecnología (brecha de acceso digital). Por ello se procuró ser inclusivo en el mensaje y las infografías.
- Sesgo de memoria tras la experiencia dolorosa, por lo que se redujo el tiempo de recogida de los datos a un mes.
- Diagnóstico y sesgo de selección⁽³⁵⁾: no fue posible estudiar el DML a partir de datos objetivos de Historia Clínica. Por consiguiente, se especificó en el cuestionario que fuesen profesionales expertos en lactancia quienes hubieran emitido el diagnóstico, pauta y/o recomendaciones. Por otra parte, era probable la mayor participación de mujeres sensibilizadas con el DML, así pues, se incluyeron también a aquellas mujeres que no habían tenido dolor.
- Sesgo de información⁽³⁵⁾: el equipo investigador está constituido por una sola persona (y supervisada por su tutor de Máster), que ha llevado a cabo todas las fases del proyecto. No obstante, se ha mantenido objetiva y se declara libre de intereses en el proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos.

- Sesgo de confusión⁽³⁵⁾ y cuestionario no validado: se encontró dificultad para distinguir las causas del DML de las consecuencias⁽¹¹⁾, lo que obstaculizó la definición de las variables. Además, debido a que no existe una herramienta validada para la valoración del DML⁽⁷⁾, se creó una encuesta poblacional *ad hoc*. Tanto la definición de las variables como la encuesta *ad hoc*, se basaron en las variables recogidas en estudios previos sobre el DML y factores que influyen en la LM^(9,16,36), así como en información recogida en la elaboración del marco teórico.

Aplicabilidad para el futuro

Este trabajo permite visibilizar el DML, que es un importante problema de salud pública⁽⁹⁾. Ha permitido revisar el estado de la cuestión y determinar la situación actual de las mujeres navarras con respecto al DML, la LM y la asistencia y apoyo que reciben. Por otro lado, el disponer de datos, supone el punto de partida para el cambio y plantear e implementar políticas, planes y programas de salud que favorezcan, promuevan y protejan la LM, a las mujeres y a sus criaturas, teniendo en cuenta la perspectiva de género y trabajando en pro de la equidad y la igualdad⁽³⁷⁾. Además, es la base de futuras investigaciones:

- Se recomienda la ampliación del estudio piloto para poder extrapolar las conclusiones a la población.
- Es necesaria la validación de un cuestionario y/o herramienta para valorar el DML.
- Las circunstancias concomitantes al dolor y la salud mental materna son factores que pueden influir en el DML.
- Se recomienda ahondar en el estudio de la eficacia de las medidas físicas en el tratamiento del DML y el impacto de la combinación de varias recomendaciones en la salud física y emocional de las mujeres lactantes.
- También en la indicación, realización y correcta interpretación de cultivos de leche materna.
- Resulta fundamental investigar sobre la etiopatogenia del DML y el espectro de la mastitis.
- Es necesaria evidencia sobre el abordaje interdisciplinar de la LM.
- A la vista del interés de las mujeres que intentaron participar a pesar de no cumplir criterios, se sugiere la realización de un estudio cualitativo que permita conocer la vivencia de las mujeres con DML y que necesitan ser escuchadas.

CONCLUSIONES

Es sabido que la LM es el mejor alimento para recién nacidos y niños pequeños, teniendo múltiples beneficios para su salud y la de las mujeres que amamantan.

Aunque la prevalencia de LME a los tres meses postparto es alta entre las mujeres navarras, el DML también tiene alta prevalencia en esta población durante el tiempo estudiado, lo que, según la bibliografía consultada, afecta negativamente a la experiencia y evolución de la LM.

Las mujeres de la muestra a estudio consultaron en un alto porcentaje a causa del DML, siendo la mastitis subaguda el tipo más frecuente en las mujeres y la anquiloglosia el diagnóstico más frecuente en los lactantes.

Por otro lado, parece que, en Navarra, tampoco hay un criterio común con las recomendaciones internacionales en cuanto a la realización de cultivos de leche materna, tratamiento antibiótico y medidas físicas para el abordaje de la mastitis y el DML.

Así pues, y teniendo en cuenta que, tanto el manejo del dolor como la LM requieren de atención y apoyo específicos, se considera necesario que los profesionales se mantengan actualizados para brindar una adecuada asistencia sanitaria a las diadas madre-hijo/a que lo necesiten.

Del mismo modo y a la vista de los resultados del presente estudio, es necesario seguir investigando en la etiopatogenia del DML, su valoración y su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Unicef United Kingdom the Baby Friendly Initiative [Internet]. [citado 5 de febrero de 2023]. Investigación en Salud Infantil. Disponible en: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/news-and-research/baby-friendly-research/infant-health-research/>
2. INCAP, FAO G, ONU mujeres G, OPS/OMS G, PMA G, UNFPA G, et al. The Lancet. La primera serie de la Revista The Lancet sobre Lactancia Materna, 2016 [Internet]. Guatemala, Centro América; 2016 [citado 19 de febrero de 2023]. 45 p. (2016 sobre Lactancia Materna). Disponible en: [http://www.ibfan-alc.org/noticias/The%20Lancet%202016%20Lactancia%20Materna_WEBFINAL_Spa%20\(1\)%20\(1\).pdf](http://www.ibfan-alc.org/noticias/The%20Lancet%202016%20Lactancia%20Materna_WEBFINAL_Spa%20(1)%20(1).pdf)
3. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* diciembre de 2015;104:3-13.
4. Hernández Aguilar MT, Cantero Llorca J. Unidad Departamental de Lactancia Materna. 2015.
5. Santacruz-Salas E, Aranda-Reneo I, Hidalgo-Vega Á, Blanco-Rodríguez JM, Segura-Fragoso A. The Economic Influence of Breastfeeding on the Health Cost of Newborns. *J Hum Lact.* mayo de 2019;35(2):340-8.
6. Santacruz Salas E, Aranda-Reneo I. No dar el pecho nos cuesta caro. Online: The Conversation [Internet]. 15 de julio de 2020 [citado 27 de septiembre de 2023]; Disponible en: <http://theconversation.com/no-dar-el-pecho-nos-cuesta-carro-142517>
7. Berens P, Eglash A, Malloy M, Steube AM, the Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding. *Breastfeed Med.* marzo de 2016;11(2):46-53.
8. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. *Pediatrics.* 1 de marzo de 2013;131(3):e726-32.
9. Carrera Polanco M, Lorente García-Mauriño AM, Domínguez Aurrecoechea B, Red de Investigación en Pediatría de Atención Primaria (PAPenRED). Prevalencia y características de la lactancia dolorosa. Estudio prospectivo multicéntrico en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 24 de junio de 2021;23(163-73).
10. Martínez Rubio A, Galbe, Sánchez-Ventura J, Esparza, Olcina M, Grupo PrevInfand. Cuando amamantar duele. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. junio de 2017 [citado 19 de septiembre de 2023];19(26). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300015
11. Delgado S, García-Garrote F, Padilla B, Rodríguez Gómez JM, Romero B, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Diagnóstico microbiológico de la infección bacteriana asociada al parto y al puerperio. 54 [Internet]. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC); 2015 [citado 5 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.seimc.org/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia54.pdf>
12. Mitchell KB, Johnson HM, Rodríguez JM, Eglash A, Scherzinger C, Widmer K, et al. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. *Breastfeed Med.* 1 de mayo de 2022;17(5):360-76.
13. Quintana R, Ibargoyen N, Fuentes R. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna [Internet]. 1.a ed. Guía Salud; 2017 [citado 4 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/lactancia-materna/>
14. Aguilar M, Chacón C, Chaparro E, Delgado Pecellín I, Díaz E, Flores E, et al. Guía prioam. 2018 [citado 5 de marzo de 2023]. Mastitis y absceso mamario lactacional. Disponible en: <https://www.guiaprioam.com/indice/mastitis-y-absceso-mamario-lactacional/>
15. Redondo Collado D, Fraile García P, Segura Del Arco R, Villena Coronado G, Rodríguez Puente Z, Boix García-Atance, et al. Abordaje de las dificultades más frecuentes en lactancia materna [Internet]. Barcelona: Evidencia científica. FAME; 2016 [citado 5 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.federacion-matrnas.org/wp-content/uploads/2016/06/lactancia-materna-2-6-16.pdf>
16. Sacristán Martín A, Lozano Alonso J, Gil Costa M, Vega Alonso A, Red Centinela Sanitaria Castilla y León. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatría Aten Primaria.* marzo de 2011;13(49):33-46.

17. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), UNICEF. 10 PASOS PARA UNA LACTANCIA NATURAL FELIZ [Internet]. [citado 7 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.ihan.es/docs/IHAN_hospitales.pdf
18. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017 [Internet]. Gobierno de España; 2018 [citado 19 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf
19. Maraña-González JE, Fernández-Pombo A, Gualillo O, Leis-Trabazo R, Fernández-Bustillo. Lactancia materna: prevalencia y factores asociados. Análisis de una encuesta. Cad Aten Primaria. 2021;27(1):11-7.
20. Marín M, Villanueva I, Domínguez A, Carrera M. Incidencia y factores de riesgo del dolor durante la lactancia: estudio prospectivo en una consulta de Pediatría en Atención Primaria. Acta Pediatr Esp. 2019;77(9-10):e158-68.
21. Buck ML, Amir LH, Cullinane M, Donath SM, for the CASTLE Study Team. Nipple Pain, Damage, and Vasospasm in the First 8 Weeks Postpartum. Breastfeed Med. marzo de 2014;9(2):56-62.
22. Jiménez Gómez MI, Meneses Monroy A, Corriero Martín J, Santana Gutiérrez S, Rodríguez Martín R, Girón Daviña PR. Prevalence of Nipple Soreness at 48 Hours Postpartum. Breastfeed Med. 1 de abril de 2021;16(4):325-31.
23. Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 15 de diciembre de 2014 [citado 21 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007366.pub2>
24. Osejo Rodríguez M del S, Maya Cancino A, Brenes Meseguer N. Actualización de la clasificación y manejo de mastitis. Rev Medica Sinerg. 1 de junio de 2020;5(6):e510.
25. González Jiménez D, Costa Romero M, Riaño Galán I, González Martínez M, Rodríguez Pando M, Lobete Prieto C. Prevalencia de anquiloglosia en recién nacidos en el Principado de Asturias (España). An Pediatr. agosto de 2014;81(2):115-9.
26. Guinot J, Carranza B, Veloso D, Parri B, Virolés S. Prevalencia de anquiloglosia en neonatos y relación con datos auxológicos del recién nacido o con otras malformaciones o enfermedades asociadas. Rev Odontopediatría Latinoam. 2021;11(1):41-50.
27. Muñoz, Galván N, Barrera, Espinar B, Nogales, Lora F. Repercusiones de la anquiloglosia en la lactancia materna. A propósito de un caso. SANUM Revista Científico-Sanitaria. 2022;6(2):30-7.
28. Costa Romero M, Espinola Docio B, Paricio Talayero J, Díaz Gómez N. Anquiloglosia en el lactante amamantado. Puesta al día. Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 20 de septiembre de 2023];119(6). Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n6a14.pdf>
29. Hospital Universitario Virgen del Rocío. guía prioam. 2018 [citado 5 de febrero de 2023]. Guía PRIOAM. Disponible en: <https://www.guiaprioam.com/>
30. Clinical Knowledge Summaries-CSK. Mastitis and breast abscess. 2015.
31. Witt AM, Witt R, Lasko L, Flocke S. Translating Team-Based Breastfeeding Support into Primary Care Practice. J Am Board Fam Med. noviembre de 2019;32(6):818-26.
32. Fernández Gonzáles P, Hierrezuelo Rojas N, Blanch Esteriz M. Factores de riesgo relacionados con el abandono de la lactancia materna exclusiva. Multimed [Internet]. octubre de 2022 [citado 20 de septiembre de 2023];26(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000500005
33. Cortés-Rúa L, Díaz-Grávalos GJ. Interrupción temprana de la lactancia materna. Un estudio cualitativo. Enferm Clínica. julio de 2019;29(4):207-15.
34. Amir LH. Managing common breastfeeding problems in the community. BMJ. 12 de mayo de 2014;348(may12 9):g2954-g2954.
35. Balaguer Martínez J, Ciriza Barea E, Carbarall Marriño M. Cómo elaborar un proyecto de investigación. 2019;12:152-7.
36. Calvo Quirós C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Rev Enferm Actual En Costa Rica [Internet]. octubre de 2008 [citado 31 de marzo de 2023];(15). Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>
37. Herrero Martínez MH. Políticas de promoción de lactancia materna en España y Europa: un análisis desde el género. ILEMATA Rev Int Éticas Apl. 2017;(25):201-15.

ARTÍCULO ORIGINAL

Exposición fotográfica como herramienta de visibilización de la lactancia materna: análisis descriptivo en un entorno hospitalario

Leyre López García^{1,2,3}

Laura Galarza Francisco^{2,3,4}

Ester Peña Álvarez^{2,5}

Paula Fernández Sangil⁶

Paola Alexandria Pinto de Magalhães^{2,3,7}

1. Graduada en Enfermería. Máster en Salud Pública. IBCLC. Apoyo a la investigación. Universidad de Navarra, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

2. Instituto de Nutrición y Salud (INS). Universidad de Navarra, Campus Universitario, 31009, Pamplona, España.

3. IdisNa (Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra). Pamplona. España.

4. Graduada en Nutrición Humana y Dietética. Máster en nutrición y salud hormonal de la mujer. Apoyo a la investigación en NavarraBiomed.

5. Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica, Graduada en Enfermería. IBCLC. Clínica Universidad de Navarra.

6. Graduada en enfermería. Especialista en Cuidados Intensivos. Máster en enfermería pediátrica. Máster en rol avanzado y Gestión de enfermería. Clínica Universidad de Navarra.

7. Profesora colaboradora e investigadora. Universidad de Navarra, Facultad de Enfermería, Departamento de Enfermería Comunitaria y Materno Infantil.

Correspondencia: leyrelopezga@gmail.com

Citación: López García L, Galarza Francisco L, Peña Álvarez E, Fernández Sangil P, Pinto de Magalhães PA. Exposición fotográfica como herramienta de visibilización de la lactancia materna: análisis descriptivo en un entorno hospitalario. RevPuls 2026; 2(2)

RESUMEN

Introducción

La comunicación visual es una herramienta clave para difundir conocimientos sobre lactancia materna (LM). Las exposiciones fotográficas favorecen su normalización y promueven una cultura de apoyo social. En la Semana Europea de la Lactancia Materna 2025 se organizó una exposición fotográfica en un hospital de tercer nivel.

Objetivo

Describir la satisfacción del público con la exposición y explorar su percepción sobre la importancia de visibilizar la LM.

Población y métodos

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta ad hoc dirigida a sanitarios, personal, pacientes y acompañantes.

Resultados

Participaron 11 personas, mayoritariamente mujeres, españolas, universitarias y sanitarias. Todas manifestaron alta satisfacción, comodidad e importancia de visibilizar la LM. Destacaron la exposición como útil para normalizar la LM, combatir tabúes, recuperar la cultura de lactancia y fomentar el diálogo, proponiendo repetir la iniciativa.

Conclusiones

La exposición resultó útil para sensibilizar y promover la LM, aunque participaron principalmente personas sensibilizadas. Es necesario seguir investigando.

Palabras clave: Lactancia materna; Fotografía; Promoción de la salud.

ABSTRACT

Introduction

Visual communication is a key tool for disseminating knowledge about breastfeeding. Photographic exhibitions promote its normalization and foster a culture of social support. A photographic exhibition was organized at a tertiary hospital during European Breastfeeding Week 2025.

Objective

To describe public satisfaction with the exhibition and explore their perception of the importance of making breastfeeding visible.

Materials and methods

A cross-sectional descriptive study was conducted using an ad hoc survey administered to healthcare professionals, staff, patients, and their companions.

Results

Eleven people participated, mostly Spanish women, university graduates, and healthcare professionals. All expressed high satisfaction, comfort, and an appreciation for the importance of making breastfeeding visible. They highlighted the exhibition's usefulness in normalizing breastfeeding, combating taboos, reviving a breastfeeding culture, and fostering dialogue, suggesting that the initiative be repeated.

Conclusions

The exhibition proved useful in raising awareness and promoting breastfeeding, although the participants were primarily sensitized to the topic. Further research is needed.

Keywords: Breast Feeding; Photography; Health Promotion.

INTRODUCCIÓN

La comunicación visual representa una herramienta pedagógica fundamental para la difusión de conocimientos relacionados con la lactancia materna (LM). Las intervenciones educativas que integran elementos visuales junto con información científica han demostrado una mayor efectividad en la modificación de actitudes y comportamientos vinculados a esta práctica. Este tipo de comunicación posee la capacidad de influir en el conocimiento, así como en las percepciones sobre las barreras, los beneficios y las posibles soluciones asociadas tanto a la LM como a la alimentación con fórmula. En este sentido, la exposición fotográfica contribuye a la normalización de la LM en los espacios públicos, favoreciendo la construcción de una cultura de apoyo social^(1,2).

Así pues, en el contexto de la celebración de la Semana Europea de la Lactancia Materna 2025, se llevó a cabo una exposición fotográfica titulada “Visibilizando la lactancia materna” en un centro hospitalario de tercer nivel por primera vez. Esta exposición se dirigió a los/las profesionales de la salud y trabajadores/as de la Clínica Universidad de Navarra (CUN) en Pamplona (Navarra), y a los/las pacientes y a sus acompañantes, que estuvieran interesados en reflexionar sobre la importancia de la LM desde una perspectiva humana, científica y cultural. A través de imágenes cuidadosamente seleccionadas y cedidas por Amagintza (Grupo de Apoyo a la Lactancia y la Maternidad en Navarra), se buscó sensibilizar, informar y fomentar el diálogo en torno a esta práctica fundamental para la salud materno-infantil.

Derivado de la exposición, se llevó a cabo un trabajo de investigación cuyo objetivo fue describir el grado de satisfacción del público ante una exposición fotográfica sobre LM en el ámbito hospitalario, y explorar su percepción acerca de la importancia de visibilizarla.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal desarrollado mediante una encuesta poblacional *ad hoc* a través de Google Form, que recogió datos sociodemográficos, experiencia con la LM, nivel de satisfacción con la exposición y opiniones sobre la necesidad de visibilizar la LM. El acceso al cuestionario se realizó mediante el escaneo de un código QR incorporado en un cartel situado junto a la exposición fotográfica, donde se animaba a participar (**Imagen 1**) y estuvo disponible durante el tiempo de contemplación de las imágenes (del 30 de septiembre al 10 de octubre de 2025). Esta participación estuvo abierta a profesionales sanitarios, personal no asistencial, pacientes y acompañantes que contemplaron la exposición. Los posibles participantes fueron informados de los objetivos y las características del estudio, ya que se incluyó una sección explicativa del propósito del estudio en el cuestionario en línea. Se contó con la autorización de CUN para realizar la exposición fotográfica y tras consultar con la Comisión de Formación Continuada del centro, y obtener su aprobación, se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de los datos recogidos.

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Dada la reducida muestra del estudio, la variable cuantitativa edad se resumió mediante mediana y rango intercuartílico (RIQ).



Imagen 1. Montaje de la exposición en el pasillo del hospital, junto a los carteles informativos y el código QR de la encuesta. Esta imagen ilustra cómo la LM se integra en el entorno cotidiano del centro (cerca de áreas de Ginecología-Obstetricia y Pediatría), facilitando el acceso a la información.

RESULTADOS

Respondieron a la encuesta 11 personas, con edades comprendidas entre los 17 y 54 años, el 91% de procedencia española (**Tabla 1**).

La mayoría (82%) tenía estudios universitarios y el 54,5% eran profesionales sanitarios. Estudiantes y asesoras de grupos de apoyo representaron el 18%, y solo un acompañante respondió (**Tabla 1**). No participó ningún paciente.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (n = 11)

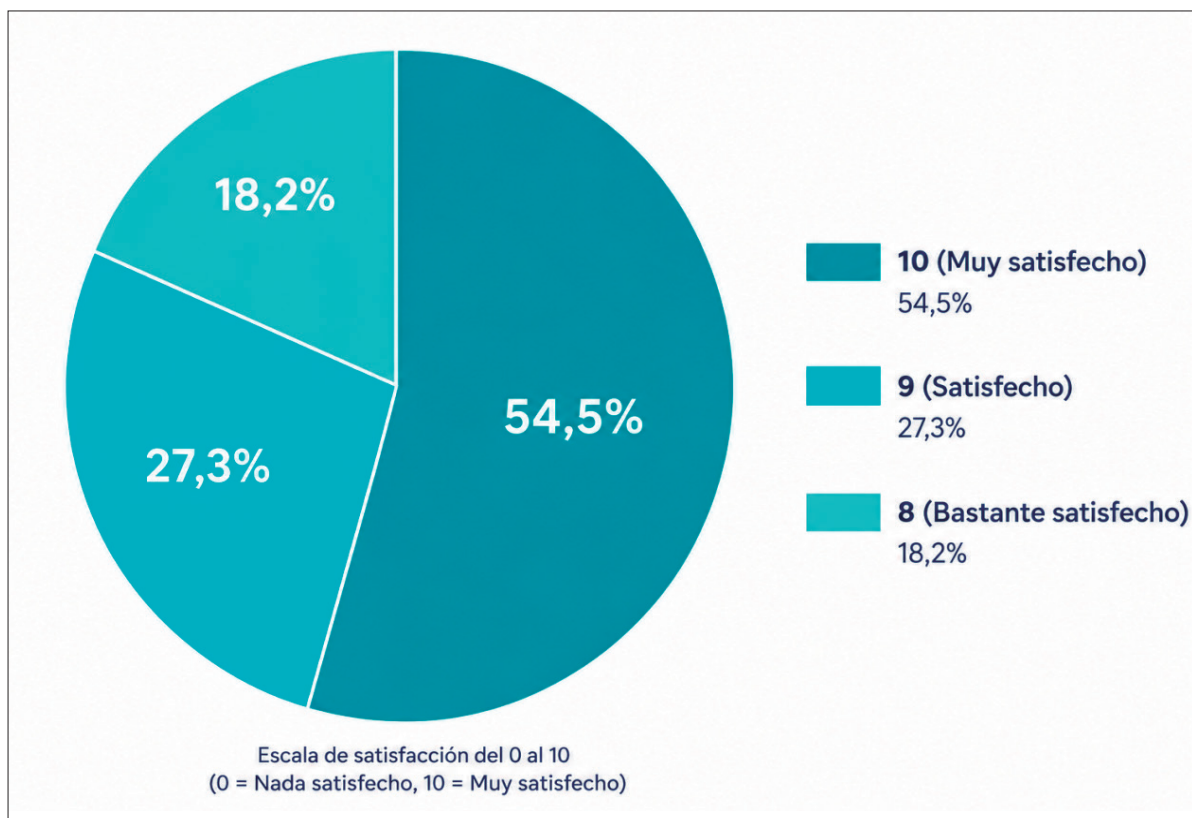
Variable	Valor
Edad (años), mediana (RIQ)	38 (29,5–46,0)
Sexo, n (%)	
Mujer	10 (90,9)
Hombre	1 (9,1)
Procedencia, n (%)	
España	10 (90,9)
África	1 (9,1)
Nivel de estudios, n (%)	
Estudios universitarios	9 (81,8)
Formación Profesional de Grado Superior	1 (9,1)
Estudios secundarios	1 (9,1)
Perfil de los participantes*, n (%)	
Profesional sanitario	6 (54,5)
Trabajador/a CUN	3 (27,3)
Estudiante o profesional en formación	2 (18,2)
Asesora de lactancia	2 (18,2)
Acompañante	1 (9,1)

RIQ: rango intercuartílico (percentil 25–percentil 75).
* La variable “Perfil de los participantes” permitía la selección de múltiples respuestas; por ello, los porcentajes no suman el 100%.

El 91% eran mujeres y el 70% había amamantado, con una duración media de la LM de 3,5 años. El 100% manifestó estar bastante o muy satisfecha con

la exposición (media ponderada de 9,36) (**Tabla 2**), sentirse cómoda al verla y considerar importante visibilizar la LM.

Tabla 2. Satisfacción con la actividad de visibilización (n=11)



Las respuestas abiertas destacaron la valoración de la exposición por “ayudar a visibilizar la lactancia” y abordar un “tema necesario”.

El confort al observar la exposición se vinculó a la percepción de la LM como “algo natural”, “una acción cotidiana” y parte de “la naturaleza humana”.

Asimismo, se subrayó la necesidad de visibilizar la LM para “recuperar la cultura de lactancia”, combatir tabúes persistentes y fortalecer su normalización.

Un comentario frecuente fue el deseo de repetir y ampliar la actividad (n=6).

DISCUSIÓN

Parece que la participación en la encuesta de este estudio responde al interés de personas ya sensibilizadas con la LM, por formación, profesión y experiencia previa con la lactancia. Aunque en la literatura consultada se han analizado las acciones comunitarias

y el apoyo entre pares para la promoción de la LM⁽³⁾, la evidencia científica existente sobre el perfil socio-demográfico, motivacional y experiencial de aquellas personas que participan en actividades públicas de visibilización de la LM es escasa, y por ello constituye un área de investigación interesante.

En cuanto a la necesidad de visibilizar la LM, en la bibliografía revisada se pone de manifiesto que las imágenes de LM propician que las madres amamenten públicamente y, asimismo, parece ser que el mayor uso de materiales visuales puede mejorar la aceptación de la sociedad de la LM en público^(3, 4). Además, aquellas acciones dirigidas a la nutrición infantil, que promueven y apoyan la LM, son consideradas aportaciones fundamentales para la salud pública a nivel mundial⁽⁵⁾ y también se recomienda normalizar la LM más allá de la infancia y en el ámbito público⁽⁶⁾.

No se han identificado trabajos previos que evalúen específicamente la satisfacción de los visitantes de una exposición fotográfica sobre LM, pero si equiparamos la satisfacción en el presente estudio (medida en una escala de 0 a 10 donde 0 es nada satisfecho y 10 muy satisfecho) con la comodidad (medida con la

escala analógica visual donde 0 es muy incómoda y 10 muy cómoda) valorada en un estudio sobre la opinión acerca de fotografías de LM que incluye también a niños más mayores⁽⁶⁾, podemos ver cómo en las primeras 2 semanas es ligeramente inferior (puntuación media de 9,36 y de 8,5 respectivamente), y la diferencia se incrementa a mayor edad del infante (puntuación media de 7,5 a los 13 meses y 6,9 a los 2,5 años). Teniendo en cuenta que evaluar la satisfacción permite conocer la aceptación de este tipo de intervenciones y su potencial como método de promoción de la LM, resulta pertinente ahondar en este vacío de conocimiento.

En otra revisión sistemática cualitativa de 2022 se investigaron las barreras y los facilitadores de la LM en público en aquellos países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), encontrándose que las ideas y las conductas de las mujeres en relación con la LM en público son, con frecuencia, resultado de los sentimientos de vergüenza y ansiedad como respuesta a un entorno social adverso⁽⁷⁾. Por ello, las acciones llevadas a cabo para promover la LM, centradas en apoyar legalmente a las mujeres, incrementar los conocimientos de la comunidad y reducir la estigmatización del pecho materno, pueden ser favorables⁽⁷⁾. Este hallazgo coincide con la importancia otorgada en el presente trabajo a la visibilización de la LM a través de la exposición fotográfica.

La evidencia científica existente sobre este tipo de intervenciones comunitarias en LM para su promoción, es limitada. Sin embargo, es más numerosa la literatura sobre Photovoice (fotografía participativa), visibilización de la LM en entornos públicos y acciones comunitarias basadas en imágenes.

En un estudio cualitativo con fotografía participativa llevado a cabo en Reino Unido en 2023⁽⁸⁾, mujeres lactantes fotografiaron entornos comunitarios donde amamantaban para identificar barreras y facilitadores de la LM en espacios públicos. Las imágenes se utilizaron como un instrumento de investigación participativa y de concienciación orientada a responsables políticos y gestores, proponiéndose aumentar la visibilidad de la LM en espacios públicos como estrategia para normalizarla, ya que el ambiente, con frecuencia, apoya simbólicamente la LM⁽⁸⁾.

Otro proyecto de Photovoice guiado por el modelo socio-ecológico en Georgia⁽⁹⁾, animó a mujeres negras lactantes a identificar y fotografiar 3 tipos de barreras que dificultaban el amamantamiento y/o acceder a recursos de apoyo a la LM: sociales, culturales y físicas. Este estudio puso de manifiesto que el contexto

local es fundamental para entender y afrontar estas barreras, como la falta de espacios físicos, la escasez de apoyo de la familia y entre iguales, la importancia de superar la estigmatización de la LM y la promoción de más entornos amigables con la lactancia⁽⁹⁾. A partir de esta identificación, se llevaron a cabo acciones comunitarias y sugerencias para hacer de la ciudad un entorno propicio para la LM, constituyendo así un gran ejemplo de la fotografía como herramienta precursora del cambio social y la promoción comunitaria⁽⁹⁾.

Por otro lado, Fiona Giles, en su artículo de 2018⁽¹⁰⁾, hace un análisis de cómo la fotografía actual puede favorecer la normalización de la LM e incrementar su aceptación por la sociedad y subraya cómo las imágenes públicas de mujeres lactantes (incluyendo desde selfies de LM compartidos en redes sociales, hasta las artes plásticas) permiten incorporar la LM en la vida diaria, impulsándola más allá del hogar y cuestionando el concepto de permanencia en el entorno privado. Sin embargo, concluye que al facilitar la visualización de representaciones convencionales, o con fines centrados en defender la LM, estas imágenes de mujeres y niños/as lactantes quedan aisladas y distantes de la cotidianidad, excluyendo a las madres del ámbito social⁽¹⁰⁾.

En un estudio mencionado anteriormente y llevado a cabo en Nueva Escocia, Canadá⁽⁶⁾, la exposición de fotografías permitió explorar las normas sociales y la percepción de la población acerca de la LM. Los datos se recopilaron de un expositor instalado en diferentes ámbitos: centros comunitarios, parroquia, centros de educación y juegos infantiles, centro de ocio, residencia de ancianos, supermercados y entorno universitario⁽⁶⁾. Esta investigación puso de manifiesto que la aceptación varía dependiendo del contexto en el que se presenta la madre, existe mayor comodidad con la LM en el ámbito privado que en el público, y con criaturas más pequeñas frente a los niños/as más mayores (estos últimos recibieron más comentarios negativos)⁽⁶⁾. Las madres y padres aprobaban más las imágenes de LM que los adultos jóvenes y los habitantes de zonas urbanas⁽⁶⁾.

Aunque no se han publicado muchos ensayos o estudios experimentales sobre exposiciones fotográficas como herramienta de visibilización de la LM en ámbitos distintos al sanitario, encontramos dos ejemplos más de experiencias y proyectos artístico-comunitarios, que ponen de manifiesto la importancia de las acciones de sensibilización de la población general acerca de la LM y el uso del arte a través de la imagen como instrumento para normalizarla. La publicación de Aimee Grant de 2016⁽¹¹⁾ permite abordar el estigma so-

cial de la LM a través de su invisibilización, analizando un caso en Reino Unido en 2014 donde varias mujeres fueron criticadas por practicar y reclamar su derecho a la LM en público, fruto de opiniones sexistas, la hipersexualización del pecho femenino y la incomodidad que presentaron otros al presenciar a mujeres amamantar en espacios públicos⁽¹¹⁾. Este punto de vista tiene su origen en la desigualdad de género y en la visión del pecho como algo sexual en vez de poner la atención en la función fisiológica de la nutrición⁽¹¹⁾.

Por otro lado, Natalie Doonan en 2018⁽¹²⁾, comparó su proyecto audiovisual de investigación-creación “Voir le jour” donde muestra la LM en público como un bien comunitario. Este trabajo forma parte de otro más amplio que incluye proyecciones comunitarias de imágenes y grabación de experiencias de LM fuera del hogar, narradas por mujeres lactantes, expertos en LM y activistas⁽¹²⁾. Así, este proyecto permite la visibilización de esta realidad, también *on line*, y de nuevo pone en cuestión los conceptos de ámbito público y privado⁽¹²⁾. Doonan sostiene que la incomodidad que genera ver a mujeres amamantar a sus criaturas, forma parte del cambio en la creencia de que los ámbitos público y privado son campos circunspectos y desunidos⁽¹²⁾.

Podemos decir que la exposición fotográfica en el ámbito hospitalario contribuye a la consecución de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas⁽¹³⁾ ya que conlleva acciones de cambio social (visibilización de la LM, transformación de las normas sociales, aumento de la alfabetización sanitaria y disposición de ambientes amigables con la LM), más allá de su valor artístico. En primer lugar, está relacionada con el ODS 3. “Salud y bienestar”⁽¹³⁾, ya que mediante la promoción de la LM se puede favorecer la salud materno infantil y comunitaria, siendo una estrategia de gran importancia para la salud pública mundial⁽⁵⁾.

La intervención también puede vincularse al ODS 5. “Igualdad de género”⁽¹³⁾, porque apoya las decisiones libres e informadas de las mujeres lactantes permitiendo el ejercicio de sus derechos reproductivos y su autonomía, y aumenta la visibilidad de la LM en el espacio público reduciendo el estigma asociado a la visión del cuerpo femenino.

La Alianza Mundial para la Acción en Lactancia Materna (WABA por sus siglas en inglés) también alineó en 2016 su campaña anual de la Semana Mundial de la Lactancia Materna (WBW por sus siglas en inglés) con los ODS, considerándose una estrategia fundamental en la promoción de la LM⁽¹⁴⁾.

La WBW de este año 2026 bajo el lema «Lactancia materna para un comienzo sostenible en la vida: fortalecer lo que funciona», pone el foco en el “seguimiento del progreso y la evaluación del impacto de la LM en la nutrición, la seguridad alimentaria y la reducción de la pobreza”⁽¹⁵⁾. También refuerza la importancia de la colaboración de todos los actores de la “Cadena cálida de apoyo a la lactancia materna”⁽¹⁵⁾, ya que cuidar la lactancia no es una responsabilidad que recae únicamente en las mujeres lactantes, sino que es un compromiso compartido y que requiere el apoyo de la familia, profesionales sanitarios, entorno laboral, grupos de apoyo a la lactancia, centros educativos y formativos, instituciones y la comunidad en general⁽¹⁵⁾.

Por todo ello, al igual que se ha constatado en el trabajo de Grant et al.⁽⁷⁾, y a la luz de los resultados del presente estudio, se considera importante invertir en investigación que permita, tanto llevar a cabo como evaluar, intervenciones para la promoción de la LM dirigidas al ámbito social, y no solamente acciones a nivel individual, poniendo especial atención a las poblaciones más vulnerables⁽⁵⁾ y en diferentes contextos.

Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados.

En primer lugar, el reducido tamaño de la muestra limita la potencia estadística y la capacidad de extrapolar los hallazgos a otras poblaciones.

Por otro lado, la investigación tuvo lugar en un entorno específico, por lo que las características concretas del contexto pudieron influir en los resultados obtenidos y limitan su generalización a otros ámbitos.

Además, parece que la participación en la encuesta responde al interés de personas ya sensibilizadas con la LM, por formación, profesión y experiencia previa con la lactancia. Esto podría condicionar sus actitudes y respuestas introduciendo un posible sesgo de participación.

En cuanto a la exposición fotográfica, contó con una pequeña selección de imágenes, pudiendo ser insuficiente para generar un impacto más profundo en el público observador.

Por último, durante la elaboración de la discusión, se encontró escasa literatura científica sobre la visibilización de la LM a través de una exposición fotográfica, lo que dificultó la comparación de los resultados con investigaciones previas y limitó la profundidad de la discusión.

Fortalezas

Esta iniciativa ha permitido utilizar la exposición fotográfica como herramienta de visibilización de la LM en la Clínica Universidad de Navarra de Pamplona por primera vez, observándose un elevado grado de satisfacción con la acción.

Además, el presente trabajo ha puesto de manifiesto la necesidad de desarrollar nuevos estudios que amplíen el conocimiento en esta área y ha sentado las bases de justificación de futuras intervenciones, tanto en el ámbito hospitalario como en otros contextos.

CONCLUSIONES

La exposición fotográfica es un buen medio a través del cual visibilizar, informar y fomentar el diálogo en torno a la LM.

Así pues, son necesarias las iniciativas que permitan reflexionar sobre la importancia de la LM desde una perspectiva humana, científica y cultural y seguir investigando en este campo.

Agradecimientos a: nuestras compañeras de la Comisión de Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna de la Universidad de Navarra por su apoyo, Ainhoa Gallego Navas y Lara Sánchez del Castillo (Clínica Universidad de Navarra. Madrid), Pablo Tabuenca Agramonte, Leire Ramírez Ruiz de Erenchun y Maider Belintxon Martín (Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra); y a Amagintza (Grupo de Apoyo a la Lactancia y Maternidad. Navarra) por la cesión de las fotografías para la exposición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ribeiro PDL, Cherubim DO, Padoin SMDM, Paula CCD. Creation and validation of a visual educational technology content for lactation physiology learning. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(6):e20190564. doi:10.1590/0034-7167-2019-0564
2. Frerichs L, Andsager JL, Campo S, Aquilino M, Dyer CS. Framing Breastfeeding and Formula-Feeding Messages in Popular U.S. Magazines. *Women Health.* 28 de noviembre de 2006;44(1):95-118. doi:10.1300/J013v44n01_06
3. Yang, Y., Liu, H., Cui, X. et al. Experiencias y percepciones de las madres sobre el apoyo de los pares de lactancia materna: una revisión sistemática cualitativa. *Int Lactancia materna J19*, 7 (2024). <https://doi.org/10.1186/s13006-024-00614-3>
4. Newell, C., Sandoz, E., y Tyndall, I. (2022). Un estudio piloto del impacto de la exposición breve a las imágenes de las madres lactantes en las actitudes hacia la lactancia materna de la madre en público. *Comunicación sanitaria*, 37(2), 185-190. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1830511>
5. Supriya Subramani, Rasita Vinay, Julian W. März, Michaela Hefti, and Nikola Biller-Andorno. Ethical Issues in Breastfeeding and Lactation Interventions: A Scoping Review. *Journal of Human Lactation* Volume 40, Issue 1, February 2024, Pages 150-163. Doi. 10.1177/08903344231215073.
6. Chan K, Whitfield KC. Artículo: "Demasiado viejo" y "demasiado frío": malestar hacia las fotografías de la lactancia materna más allá de la infancia y la lactancia pública en Nueva Escocia, Canadá. *J Hum Lact.* 2022 Mayo;38(2):353-363. doi: 10.1177/08903344211046191. Epub 2021 Sep 22. PMID: 34549657; PMCID: PMC9016677.
7. Grant A, Pell B, Copeland L, Brown A, Ellis R, Morris D, Williams D, Phillips R. Opiniones y experiencia de la lactancia materna en público: una revisión sistemática cualitativa. *Matern Niño Nutr.* 2022 Oct;18(4):e13407. doi: 10.1111/mcn.13407. Epub 2022 1 de agosto. PMID: 35914544; PMCID: PMC9480936.
8. A.E. Burton, A.L. Owen, J. Taylor, S.E. Dean, E. Cartledge, E. Wright, N. Gallagher. Evaluation of environmental features that support breastfeeding: A photovoice study. *Appetite*, Volume 199, 2024 107397. ISSN 0195-6663. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107397>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666324002009>)
9. Marshall NA, Cook CS. Trust Black Women: Using Photovoice para amplificar las voces de las mujeres negras para identificar y abordar las barreras a la lactancia materna en el sureste de Georgia. *Practo de promoción de la salud.* 2023 Mayo;24(1_suppl):128S-139S. doi: 10.1177/15248399221135102. Epub 2022 23 de noviembre. PMID: 36419257.
10. Giles, F. Imágenes de mujeres amamantando en público: soledad y socialidad en el retrato fotográfico reciente. *Int Lactancia materna J* 1313, 52 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0194-5>
11. Aimee Grant. "I...don't want to see you flashing your bits around": Exhibitionism, othering and good motherhood in perceptions of public breastfeeding. *Geoforum.* Volume 71, 2016, Pages 52-61. ISSN 0016-7185. <https://doi.org/10.1016/j.geoforum.2016.03.004>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016718515301627>)
12. Doonan, N. (2018). Voir le jour: La lactancia materna y los bienes comunes. *Estudios de alimentos canadienses La Revue Canadienne Des études Sur l'alimentation*, 5(1), 156-162. <https://doi.org/10.15353/cfs-rcea.v5i1.22713>. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Internet. Citado 01/08/2026]. Naciones Unidas. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>
14. WABA (World Alliance for Breastfeeding Action). Semana Mundial de la Lactancia Materna (WBW). [Internet. Citado 02/08/2026]. WABA. <https://waba.org/my/wbw/>
15. WABA. Breastfeeding for a Sustainable Start in Life: Strengthen What Works. WABA World Breastfeeding Week 2026. [Internet. Citado 02/08/2026]. WABA. <https://worldbreastfeedingweek.org/>

REVISIÓN

Imagen social y cuidados invisibles de la profesión enfermera

Miriam Albóniga Vázquez¹

María Angós Moreno²

Zuriñe Gutiérrez Etxeandia³

Miren Zugasti Villalba¹

1. Enfermera, Osakidetza.

2. Enfermera Especialista en Salud Familiar y Comunitaria, Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea.

3. Enfermera Especialista en Salud Familiar y Comunitaria, Osakidetza.

Correspondencia: mariaangosm@gmail.com

Citación: Albóniga Vázquez M, Angós Moreno M, Gutiérrez Etxeandia Z, Zugasti Villalba M. Imagen social y cuidados invisibles de la profesión enfermera. RevPuls 2026; 2(2)

RESUMEN

Introducción

El desarrollo de la enfermería ha estado condicionado por la falta de definición del cuidado, por su imagen social y por estereotipos de género, lo que invisibiliza funciones y cuidados esenciales.

Objetivo

Visibilizar las funciones y cuidados de la profesión enfermera ante la sociedad, instituciones, compañeros sanitarios y enfermeras.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sistematizada sobre la evolución de la profesión y el reconocimiento de sus funciones, identificando ámbitos de mejora.

Resultados

La imagen social de la enfermería sigue asociada a vocación y apoyo al médico, con limitado reconocimiento de funciones autónomas; los cuidados relacionales, emocionales y de gestión permanecen invisibles y poco valorados. La seguridad percibida por los usuarios depende principalmente de los aspectos relacionales del cuidado, en un contexto de sobrecarga laboral y predominio del modelo biomédico.

Conclusiones

La enfermería sigue afectada por estereotipos de género y la invisibilización de funciones autónomas, aunque con tendencias hacia percepciones más realistas. Los cuidados invisibles requieren mayor reconocimiento e integración en registros, evaluación y visibilidad social.

Palabras clave: cuidados invisibles; enfermeras y enfermeros; estereotipo de género; percepción; rol.

ABSTRACT

Introduction

The development of nursing has been shaped by a lack of clear definition of care, its social image, and gender stereotypes, which has led to the invisibility of essential roles and forms of care.

Objective

To make visible the roles and care provided by the nursing profession to society, institutions, healthcare colleagues, and nurses themselves.

Methodology

A systematized literature review was conducted on the evolution of the profession and the recognition of its roles, identifying areas for improvement.

Results

The social image of nursing remains associated with vocation and support for physicians, with limited recognition of autonomous roles; relational, emotional, and management-related care remains invisible and undervalued. Users' perceived sense of safety depends mainly on relational aspects of care, within a context of work overload and the predominance of the biomedical model.

Conclusions

Nursing continues to be affected by gender stereotypes and the invisibility of autonomous roles, although there are trends toward more realistic perceptions. Invisible care requires greater recognition and integration into records, evaluation processes, and social visibility.

Keywords: invisible care; nurses; gender stereotype; perception; role.

Declaración de uso de IA generativa

Tras el envío inicial del artículo a la revista Pulso; en la revisión de este trabajo durante enero y febrero de 2026, los autores utilizaron ChatGPT (OpenAI, GPT-4) para mejorar la claridad y la calidad del lenguaje del manuscrito. Tras la utilización de esta herramienta, los autores revisaron y editaron el contenido según fuera necesario y asumen plena responsabilidad por el contenido de la publicación.

INTRODUCCIÓN

“Cuidar” constituye la esencia de la profesión enfermera. Aunque numerosos autores defienden el cuidado como el eje central de la práctica enfermera⁽¹⁻⁵⁾, no existe un consenso unánime en la literatura sobre su definición ni sobre el alcance de las acciones que engloba. Cuidar implica ayudar, acompañar, capacitar, escuchar, estimular, relacionarse y asesorar, así como reconocer al paciente de forma integral. Supone estar con la persona cuando lo necesita y adaptarse a sus necesidades físicas, psicológicas y sociales en cada momento. En definitiva, los cuidados de enfermería se materializan a través de múltiples acciones orientadas a mitigar los malestares derivados de la enfermedad o a preservar la salud^(1-2, 5-10).

Por ello, resulta complejo delimitar con precisión qué actividades constituyen trabajo de enfermería y cuáles no. Algunos autores coinciden en definir el rol enfermero como aquel compuesto por dos dimensiones complementarias: la instrumental/técnica y la humanística/expresiva⁽¹¹⁾. Ambas dimensiones favorecen el bienestar de los pacientes y aceleran su recuperación⁽¹⁰⁾ y, por tanto, ambas son indispensables para brindar cuidados de enfermería de calidad⁽⁶⁾. Sin embargo, en la práctica diaria no todos los aspectos del ámbito de práctica de las enfermeras son igualmente visibles a nivel institucional, interprofesional y social^(7, 10-14) y, del mismo modo, no son igualmente descritos, reconocidos y valorados.

Además, diversos factores históricos han contribuido a la invisibilidad de los cuidados proporcionados por la profesión enfermera. La enfermería ha sido tradicionalmente una profesión feminizada, circunstancia que persiste en la actualidad. En España, en 2024, las mujeres representaban el 84 % de las enfermeras colegiadas, lo que pone de manifiesto el marcado componente de género de la profesión⁽¹⁵⁾. En consecuencia, y pese a que en la actualidad deberían haberse superado los roles sexistas, persiste una imagen devaluada de las actividades desempeñadas por las enfermeras, a pesar de tratarse de labores indispensables para el sistema sanitario^(2, 14, 16-17).

Asimismo, puede afirmarse que la identidad profesional de las enfermeras no se corresponde con la imagen social de la profesión^(2, 17). La profesionalización de la enfermería se consolidó durante la segunda mitad del siglo XX, proceso que trajo consigo importantes transformaciones, como una mayor delegación de

funciones en cuidados y técnicas, un incremento de la estandarización y un mayor reconocimiento socioeconómico^(12, 18). No obstante, diversos estudios señalan que los pacientes continúan mostrando una limitada confianza en los consejos sanitarios proporcionados por los profesionales de enfermería⁽¹⁹⁾. Además, los usuarios mantienen la percepción errónea de que las funciones enfermeras se circunscriben exclusivamente al ámbito asistencial y siguen considerando a las enfermeras como profesionales subordinadas al colectivo médico^(14, 21). En consecuencia, esta imagen social influye negativamente en la construcción de la identidad profesional, dando lugar a una identidad “débil” configurada a partir de estereotipos que repercuten de manera desfavorable en la concepción social de la profesión^(12, 17, 21).

Por otro lado, los medios de comunicación suelen reproducir estos estereotipos limitantes, los cuales influyen negativamente en la imagen de la profesión⁽²²⁾. De este modo, proyectan una visión distorsionada de las competencias enfermeras, alejada del verdadero compromiso de este colectivo con la salud de la población^(2, 23).

Sin embargo, a pesar de estas dificultades, en los últimos años se ha iniciado un interés científico por investigar los cuidados enfermeros y, especialmente, a los denominados cuidados invisibles (CI) o el “cuidado humanizado”, ampliamente estudiado en las sociedades latinoamericanas^(1, 4, 7-8, 13-14, 16-17, 24-26).

Huércanos-Esparza describe que los CI comprenden, tanto acciones intencionadas de los profesionales que en un principio no serían “registrables”, como las acciones que serían susceptibles de registrar por ser consideradas más profesionales que las anteriores. Además, estas actividades no son valoradas institucionalmente, pero consumen tiempo y tienen un impacto positivo en el bienestar, la autonomía y la seguridad de los pacientes y sus familias^(1, 3-4, 12, 26). En este grupo de CI se incluyen acciones para educar a los pacientes y sus familias, ofrecer apoyo emocional a través de la comunicación tanto verbal como no verbal, aumentar el confort, reducir el dolor a través del tratamiento no farmacológico o relacionarse con otros profesionales de la salud para brindar una atención centrada en el paciente⁽¹³⁾. Este último ha sido referido por otros autores europeos como “trabajo organizador”⁽¹⁶⁾ o “trabajo articulador”⁽²⁴⁾, y fue clasificado por ellos como infra-

valorado e invisible, pero crucial. Por tanto, el cuidado invisible enfermero engloba todas las acciones, actitudes y comportamientos intangibles, infravalorados y percibidos como dependientes de la buena voluntad de la enfermera, y no como resultado de un juicio profesional razonado basado en la experiencia y el conocimiento^(1, 3, 12-13).

Lamentablemente, esto tiene un impacto negativo no solo en el reconocimiento del trabajo de las enfermeras en el ámbito clínico, sino también en la posición y la representación en la sociedad y en los medios de comunicación^(13, 22). Asimismo, dado que en el actual sistema sanitario todavía predomina un pensamiento biomecanicista^(4, 12) y un cuidado lineal dominado por la racionalidad técnica^(5, 12), se incita a las enfermeras a priorizar las tareas más visibles sobre las menos visibles⁽¹³⁾, favoreciendo la deshumanización del cuidado y tratando a los individuos de manera inauténtica⁽⁴⁾.

Mientras, en los últimos años se han publicado estudios que muestran el impacto negativo de no realizar estas intervenciones de enfermería en la experiencia de los pacientes⁽¹³⁾ y, por ello, se han realizado intentos de diseñar y validar herramientas para determinar qué intervenciones de enfermería son significativas para los pacientes. Entre ellas se encuentran, por ejemplo, "Percepción del Cuidado Invisible de Enfermería" (PCIE)⁽¹²⁾, "Good Nursing Care Scale for patients" (GNCS-P)⁽²⁷⁾, la "Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale" (NICSS)⁽²⁸⁾ y, más concretamente dentro del ámbito oncológico, la "Quality of Oncology Nursing Care Escala" (QONCS)⁽²⁹⁾ o la "Perception of Invisible Nursing Care-Hospitalisation questionnaire" (PINC-H)^(4, 13). En esta línea, el cuestionario "Care-Q" (18) está adaptado a la población hispana que permite la recogida de datos en el personal de enfermería⁽¹²⁾.

No obstante, a pesar de los esfuerzos de los investigadores, el número de enfermeras cualificadas ha disminuido desde el comienzo de la crisis económica en 2008 en el territorio nacional, debido a la mencionada falta de reconocimiento social y profesional⁽³⁰⁾, los bajos salarios⁽³¹⁾, los altos niveles de *burnout* y la gran carga de trabajo⁽³²⁾.

De esta manera, esta revisión pretende responder a la pregunta de cómo ha sido descrita y analizada en la literatura científica la evolución histórica y la imagen social de la profesión enfermera, atendiendo especialmente al papel y al reconocimiento de los CI.

OBJETIVOS

1. Objetivo general:

1.1. Analizar y presentar una síntesis sobre la literatura científica publicada en relación a la evolución histórica y la imagen social pasada y actual de la profesión de enfermería.

2. Objetivos específicos:

2.1. Identificar y describir los CI realizados por los profesionales de enfermería en distintos contextos temporales y asistenciales.

2.2. Analizar el papel de los CI en la recuperación, el mantenimiento de la salud y el bienestar de los pacientes.

2.3. Examinar la representación y el reconocimiento social de estos CI de enfermería en la literatura científica y académica.

2.4. Explorar las implicaciones que el desconocimiento de los CI tiene en la percepción social, institucional y profesional de la enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática empleando diversas fuentes de información. Las bases de datos consultadas fueron CINAHL, CUIDEN, PubMed, Dialnet y ScienceDirect.

Los descriptores empleados mediante los booleanos Y/AND y O/OR fueron "Cuidado/Care", "Enfermería/Nursing", "Invisible/Invisible". Todos ellos incluidos en los tesauros MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud).

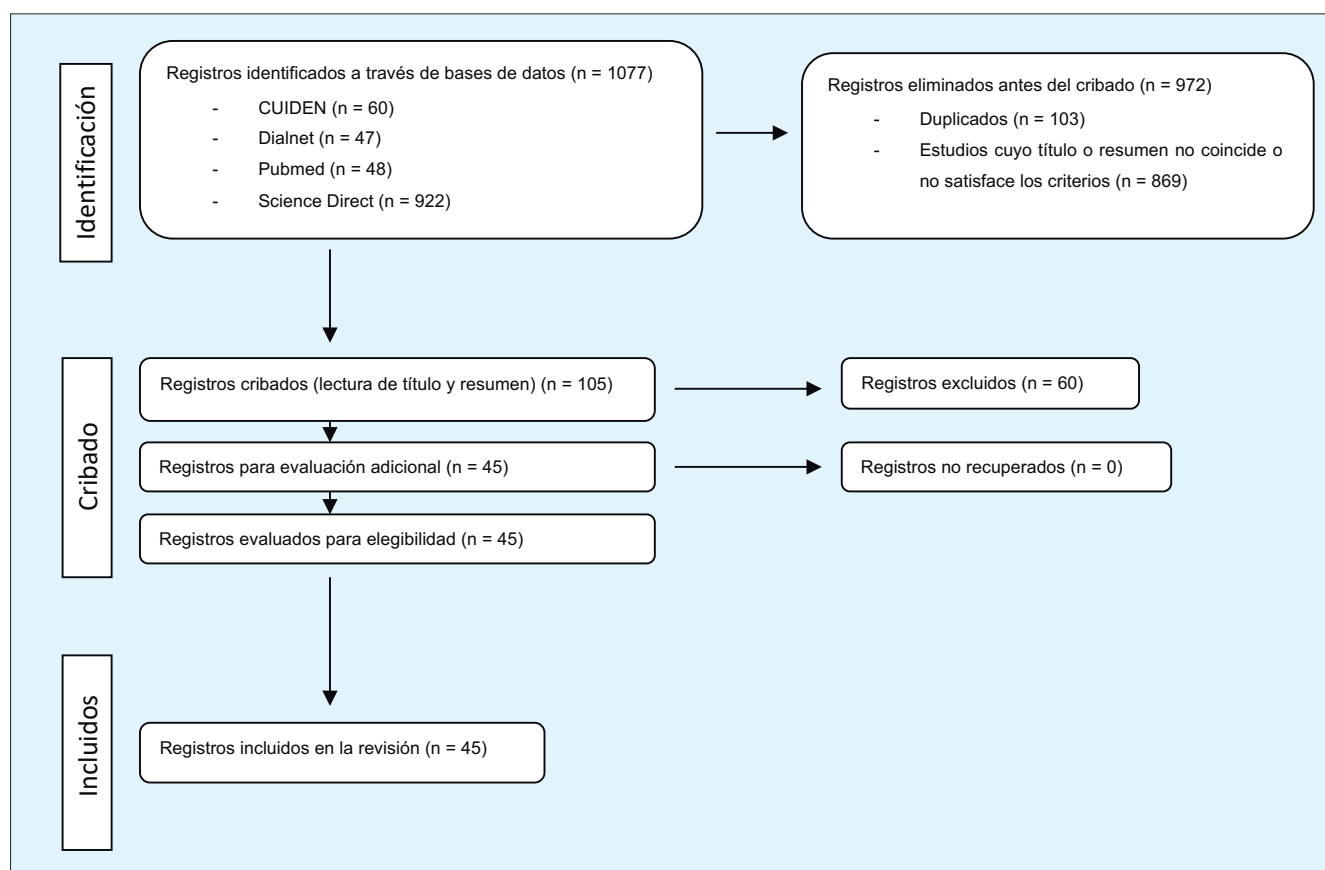
La revisión bibliográfica se realizó por las dos autoras principales a lo largo de 2022 a 2024, siendo supervisada por el resto de autoras del presente estudio en las reuniones establecidas.

Los criterios de inclusión fueron estudios originales de carácter cuantitativo o cualitativo y revisiones bibliográficas que describan la evolución de la enfermería y los factores que han afectado en ella, los CI que llevan a cabo las enfermeras en el desempeño de su profesión, así como la imagen social de los cuidados proporcionados por las mismas. Se incluyeron los textos encontrados en español o inglés con acceso a texto completo.

El proceso de selección de los estudios se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA y en la **Figura 1** puede observarse un resumen del procedimiento de elección en forma de esquema de diagrama de flujo. Mediante la búsqueda bibliográfica con los criterios antes descritos y eliminando aquellos no seleccionados para el cribado, se obtuvie-

ron 105 documentos. Todos ellos fueron sometidos a un cribado mediante lectura de título y resumen, excluyéndose 60 documentos por no cumplir los criterios de inclusión establecidos. Para el análisis de contenido de los documentos seleccionados se obtuvieron los textos completos y siguiendo las pautas estandarizadas para revisiones sistemáticas⁽³³⁾ se recogieron las variables de autoría, objetivos, métodos de estudio, resultados obtenidos y principales conclusiones. Los datos extraídos simultáneamente por los investigadores fueron posteriormente comparados y completados entre sí, de tal manera que, después de este análisis conjunto, 45 estudios fueron evaluados a texto completo y considerados elegibles, siendo incluidos en la revisión bibliográfica por su pertinencia y relevancia en relación con los objetivos planteados.

Figura 1. Diagrama de flujo sobre la inclusión de artículos en la revisión



RESULTADOS

Tras la comprensión global de los artículos seleccionados se procede al estudio de estos. En la **Tabla 1**

se muestra el análisis de los 45 artículos en los que se recoge el número que ocupan en la lista de referencias para poder comprobar el título, autoría y año de publicación, el objetivo, la metodología utilizada, los principales resultados y las conclusiones.

Tabla 1. Síntesis de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica

Nº	Autoría (año)	Objetivo	Método de estudio	Resultados principales	Conclusiones
1	Urure Velazco (2023)	Reflexionar sobre la relevancia del cuidado invisible en enfermería	Artículo reflexivo	El cuidado invisible es esencial pero poco reconocido	Es necesario visibilizarlo para fortalecer la identidad profesional
2	López-Verdugo et al. (2021)	Analizar la imagen social de la enfermería	Revisión integradora	Imagen social estereotipada y poco definida	Urge mejorar el reconocimiento social de la profesión
3	Fernández Rubio et al. (2019)	Aproximarse conceptualmente a los CI	Artículo teórico	Los CI sostienen la calidad asistencial	Su invisibilidad afecta al reconocimiento profesional
4	Huércanos-Esparza (2011)	Validar un cuestionario sobre CI percibido	Estudio metodológico (piloto)	Instrumento válido y fiable	Permite medir la percepción del cuidado invisible
5	Báez-Hernández et al. (2009)	Analizar el significado del cuidado en enfermería	Cualitativo	El cuidado se vincula a valores humanos y relacionales	El cuidado trasciende lo técnico
6	Fernández et al. (2022)	Identificar CI en hospitalización	Estudio descriptivo	Amplia presencia de cuidados no registrados	La invisibilidad limita su valoración
7	Pineda y Solsol (2017)	Reflexionar sobre invisibilidad del cuidado enfermero	Artículo reflexivo	El cuidado enfermero es esencial pero poco visible	Se requiere mayor difusión social
8	Fajardo Trasobares & Germán Bes (2004)	Analizar influencia del género en el reconocimiento del cuidado	Estudio descriptivo	El género condiciona la visibilidad del cuidado	La feminización contribuye a la invisibilidad
9	Moyano et al. (2016)	Relacionar ética del cuidado y bioética enfermera	Revisión teórica	La ética del cuidado fundamenta la práctica enfermera	Refuerza el valor moral del cuidado
10	Granero-Lázaro et al. (2017)	Analizar impacto de la crisis en condiciones laborales	Estudio cuantitativo	Empeoramiento de condiciones y reconocimiento	Afecta a la calidad y visibilidad del cuidado

11	Gómara (2013)	Visibilizar cuidados a través de la relación terapéutica	Artículo reflexivo	La relación de cuidado es clave en la práctica	Es una vía para visibilizar el cuidado
12	Díaz et al. (2023)	Analizar la trascendencia de los CI	Revisión narrativa	Impacto directo en bienestar del paciente	Deben integrarse en la valoración asistencial
13	Huércanos-Esparza et al. (2021)	Desarrollar y validar el cuestionario PINC-H	Estudio metodológico	Alta validez y fiabilidad	Herramienta útil para medir CI
14	Alejos Telmo et al. (2024)	Revisar la evidencia sobre CI	Revisión monográfica	Coincidencia en su infravaloración	Necesaria mayor investigación
15	INE (2021)	Describir número de enfermeras colegiadas	Estudio descriptivo estadístico	Incremento progresivo del colectivo	Datos clave para contextualizar la profesión
16	Allen (2015)	Analizar el trabajo invisible de las enfermeras	Estudio sociológico	Gran parte del trabajo no es reconocido	La organización invisibiliza el cuidado
17	Cajachagua et al. (2022)	Analizar CI e imagen social comunitaria	Estudio descriptivo	Baja visibilidad social del rol comunitario	Se requiere mayor reconocimiento
18	García-Carpintero (2007)	Reflexionar sobre el papel histórico de la enfermería	Revisión histórica	Evolución condicionada por factores sociales	Historia ligada a invisibilidad
19	Suberbiola et al. (2010)	Analizar evolución y credibilidad futura	Artículo reflexivo	Desafíos de reconocimiento profesional	El futuro depende de visibilizar el rol
20	Muñoz & Consuegra (2015)	Analizar imagen social en población general	Estudio descriptivo	Imagen limitada y estereotipada	Necesarias estrategias comunicativas
21	Arreciado (2013)	Analizar construcción de identidad profesional	Tesis doctoral	Identidad influida por formación y entorno	Formación clave en visibilización

		imagen de enfermería			
23	Calvo Calvo (2011)	Proponer estrategias de comunicación	Artículo reflexivo	Falta de visibilidad pública	Comunicación estratégica mejora imagen
24	Lydahl (2017)	Analizar trabajo invisible en atención centrada en la persona	Estudio cualitativo	Alto componente invisible del cuidado	Necesita reconocimiento organizativo
25	Esparza (2013)	Reflexionar sobre cuidado invisible	Artículo reflexivo	El cuidado va más allá del tratamiento	Es núcleo de la profesión
26	Huércanos Esparza (2010)	Definir el cuidado invisible	Artículo teórico	Dimensión esencial del rol enfermero	Debe incorporarse al discurso profesional
27	Rehnstrom et al. (2003)	Validar escala de buen cuidado	Estudio psicométrico	Escala válida y fiable	Permite medir calidad percibida
28	Romero-García et al. (2018)	Desarrollar escala de satisfacción en Unidad de Cuidados Intensivos	Estudio metodológico	Instrumento válido	Incluye dimensiones invisibles
29	Charalambous & Adamakidou (2014)	Validar escala de cuidados oncológicos	Estudio metodológico	Alta consistencia interna	Mejora evaluación del cuidado
30	Sanclemente-Vinue et al. (2019)	Analizar voz enfermera y compromiso laboral	Estudio cualitativo	Dar voz aumenta engagement	Visibilizar fortalece la profesión
31	Jiménez et al. (2015)	Analizar experiencia de enfermeras emigrantes	Cualitativo	Falta de reconocimiento en origen	Reconocimiento influye en migración
32	Montañés et al. (2023)	Relacionar burnout y cuidado invisible	Estudio cuantitativo	Mayor carga invisible, mayor burnout	Invisibilidad impacta en salud laboral
33	Whittemore et al. (2014)	Describir métodos de síntesis del conocimiento	Revisión metodológica	Clarifica tipos de revisión	Fundamenta metodología del estudio

34	De Nova & Vargas-Machuca (2011)	Analizar percepción de pacientes	Estudio cualitativo	Reconocen trato humano más que técnica	El cuidado invisible es valorado
35	Rodríguez et al. (2015)	Analizar imagen de enfermería en usuarios	Estudio descriptivo	Imagen positiva pero limitada	Falta comprensión del rol
36	Samaniego & Cárcamo (2013)	Analizar imagen e identidad profesional	Revisión	Identidad en construcción	Imagen social condiciona identidad
37	Albar & Sivianes (2016)	Analizar identidad en estudiantes	Estudio descriptivo	Identidad influida por prácticas	Formación clave
38	Baldrich-Rodríguez et al. (2016)	Analizar imagen en medios	Análisis documental	Medios refuerzan estereotipos	Comunicación es estratégica
39	Rezaei-Adaryani et al. (2012)	Analizar concepto de imagen enfermera	Análisis conceptual	Concepto dinámico y evolutivo	Imagen social es construida
40	Miguel Sacristán (2021)	Analizar uso de NNN	TFM	Uso limitado visibiliza menos cuidados	Registros mejoran visibilidad
41	Bengoia (2006)	Analizar paradoja del cuidado	Ensayo	Cuidado esencial pero invisibilizado	Necesita reconocimiento social
42	Germán Bes & Hueso (2010)	Reflexionar sobre humanización e invisibilidad	Artículo reflexivo	Humanización poco reconocida	Invisibilidad profesional persistente
43	Pérez Díaz (2005)	Analizar envejecimiento poblacional	Estudio socioeconómico	Mayor demanda de cuidados	Enfermería cobra relevancia
44	Puga García et al. (2010)	Proponer modelo formativo	Estudio teórico	Formación mejora asistencialidad	Formación visibiliza cuidados
45	Cid & Cid (2016)	Analizar registro informático y visibilidad	Artículo reflexivo	Registro mejora reconocimiento	Herramienta clave contra invisibilidad

La enfermería: evolución histórica e imagen social

En relación con la evolución y la imagen social de la profesión enfermera, en la opinión pública predominan la vocación y la humanización como elementos nucleares, considerándose requisitos inherentes a la profesión^(12, 14, 17-18, 34-36). Asimismo, persisten en cierta medida denominaciones como ayudante técnico sanitario (ATS) y enfermera practicante para referirse a los profesionales de enfermería^(18, 34-35), lo que contribuye a la devaluación de su profesionalidad ante la opinión pública y ejerce una influencia negativa en la imagen de la profesión.

Aunque la mayoría de la población es consciente de que la enfermería es una titulación universitaria, continúa situándola por detrás de la medicina en términos de importancia social⁽³⁵⁾. Entre las competencias que la población atribuye a la profesión enfermera, destaca en primer lugar la función de apoyo al colectivo médico, lo que refleja el desconocimiento social acerca de las funciones independientes o autónomas de los profesionales de enfermería^(18, 34). En este contexto, los estudiantes inician sus estudios con una percepción similar a la de la opinión pública y, progresivamente, a medida que avanzan en su formación, adquieren un mayor conocimiento de la disciplina, construyendo una imagen profesional más ajustada a la realidad de la práctica enfermera^(17-18, 37).

De este modo, si bien es cierto que algunos estudios demuestran que los pacientes crónicos tienen un mayor conocimiento de las funciones autónomas de las enfermeras⁽⁸⁾, la sociedad general presenta una opinión errónea sobre las funciones que desempeñan los profesionales de enfermería. Esta opinión está basada en mitos y estereotipos que ejercen una influencia negativa en la imagen de la disciplina, favoreciendo que una parte de la población siga únicamente las pautas de enfermeras tras ser contrastadas con el profesional médico^(18, 35).

Dado este desconocimiento de la población, los profesionales de enfermería son frecuentemente confundidos con el resto del personal de salud^(18, 34, 38), o cuando se desea reconocer el valor de los profesionales de enfermería se les asigna otra categoría profesional o se refiere que llevan a cabo méritos que no pertenecen a la profesión⁽⁵⁾.

Percepción de la profesión enfermera por parte del colectivo sanitario

En relación con la percepción de la profesión enfermera por parte del personal de salud, los estudios revi-

sados describen la presencia de relaciones jerárquicas y verticales entre enfermeras y médicos⁽¹⁸⁾, vinculadas a la asignación histórica de roles de género en las relaciones hombre-mujer⁽⁵⁾. Estas dinámicas se asocian con la negación de la autonomía y especificidad de la enfermería⁽¹⁸⁾, así como con una limitada participación de las enfermeras en las tareas de planificación.

No obstante, la literatura también señala cambios progresivos en estas relaciones, relacionados con la incorporación de mujeres a la medicina, de hombres a la enfermería y con una mayor demanda de autonomía profesional por parte de esta última. En este contexto, algunos estudios indican que las médicas tienden a compartir en mayor medida las responsabilidades con las enfermeras y muestran menores niveles de rivalidad profesional⁽⁵⁾. Por el contrario, las relaciones con otros profesionales sanitarios se describen como más horizontales, otorgándose un mayor reconocimiento y valoración a la labor enfermera^(18, 36).

Percepción de la profesión enfermera desde las instituciones

En relación con el ámbito institucional, la literatura describe que al rol de las enfermeras se le trasladan patrones propios del ámbito doméstico, en los que se asumen tareas que otros profesionales no realizan. En este sentido, diversos estudios señalan que las enfermeras desarrollan numerosas actividades que exceden las propias de su profesión⁽⁵⁾, actuando además como eje central en la gestión de la atención al paciente y a sus familiares⁽³⁹⁾. Asimismo, se observa que las políticas de gestión institucional tienden a otorgar mayor reconocimiento a las técnicas biomédicas realizadas por enfermería que a los cuidados propiamente dichos^(12, 23), lo que mantiene a la profesión subordinada a las indicaciones médicas y prioriza el criterio facultativo.

Por otro lado, la literatura revisada indica que la imagen de la profesión enfermera en los medios de comunicación se representa con frecuencia a través de estereotipos limitantes. Los profesionales identifican esta representación como un factor que influye negativamente en la construcción de la imagen social de la enfermería^(18, 38).

La dimensión invisible del cuidado enfermero

Todo ello ejerce una clara influencia en que parte de los cuidados realizados por los profesionales de enfermería sigan invisibilizados, dado que las propias funciones independientes y autónomas de la enfermería también lo están⁽¹⁸⁾. Paradójicamente, los aspectos más subjetivos del cuidado que requieren de una

relación personal, precisamente aquellos que le dan identidad propia al cuidado, son los que más ocultos permanecen⁽²⁾.

El análisis progresivo de las actividades enfermeras mediante la taxonomía NANDA-NOC-NIC (NNN)⁽⁴⁰⁾ ha permitido incorporar los aspectos subjetivos de las necesidades y resaltar el papel del “trabajo de cuidados”, entendido no como un conjunto de tareas catalogables, sino como la satisfacción de necesidades humanas⁽⁴¹⁻⁴²⁾. No obstante, este concepto continúa siendo ambiguo, al incluir tanto cuidados físicos como apoyo emocional, dimensiones habitualmente interrelacionadas, pero de carácter subjetivo y variable entre personas, aunque esenciales para la vida humana^(12, 41).

Por ello, y en un esfuerzo por catalogar las actividades de enfermería que permanecen ocultas, Germán Bes y Hueso Navarro^(12, 42) propusieron en 2010 la existencia de diez dimensiones de los CI que Huércanos Esparza y otros autores^(23, 26, 40-41) resumen más tarde en ocho:

1. Fomento del autocuidado: todas las acciones encaminadas a lograr el empoderamiento del paciente.
2. Relación de confianza/seguridad: acciones que favorecen la relación de cuidados, demuestran el interés y la preocupación por el paciente.
3. Apoyo emocional: acciones de atención, empatía, afecto, apoyo y ayuda hacia el paciente y/o familia para procurar el bienestar anímico de la persona.
4. El tacto y la escucha: acciones utilizadas como muestra de atención verbal y no verbal que acompañan a la comunicación.
5. Ética y respeto: incluye las actividades dirigidas a proporcionar intimidad, la sinceridad y la inclusión de la familia como receptores de información, enseñanza y cuidados.
6. Confort: intervenciones realizadas hacia o con la persona y el entorno para proporcionar bienestar físico.
7. Presencia cuidadora: actitud y acciones realizadas para demostrar el acompañamiento y disponibilidad para con el paciente y/o familia.
8. Gestión del cuidado: aquel denominado como trabajo organizador⁽¹⁶⁾ o “trabajo articulador”⁽²⁴⁾.

DISCUSIÓN

Los recientes estudios que analizan las dimensiones de la seguridad percibida ponen de manifiesto que, para los usuarios del sistema de salud, esta se asocia principalmente con aspectos relacionales como la confianza, la disponibilidad, la comunicación, el trato humano y la honestidad transmitida por el personal sanitario, más que con la capacidad o destreza técnica propiamente dicha⁽²³⁾. Este hallazgo revela una paradoja social relevante que, junto con debilidades internas de las instituciones —como la sobrecarga laboral, la sistematización de la práctica, la ausencia de registros adecuados de cuidados, las limitaciones presupuestarias en recursos humanos, la escasa inversión en formación y la priorización del modelo biomédico— condiciona de forma significativa la práctica enfermera^(1, 3, 6, 12).

Estas condiciones estructurales generan importantes repercusiones tanto a nivel individual como organizativo, que se traducen en altos niveles de insatisfacción profesional y *burnout*, así como en la aparición de conflictos que disminuyen el potencial y la capacidad de trabajo del colectivo, limitando la expansión, el desarrollo y el avance de la profesión enfermera^(2, 10, 32, 39). Todo ello resulta especialmente relevante si se considera que, a pesar de estas dificultades, los profesionales de enfermería mantienen una elevada motivación intrínseca orientada al cuidado integral y humanizado, enfrentándose además al reto añadido del envejecimiento poblacional y al consiguiente aumento de enfermedades crónicas no curables⁽⁴³⁾.

Por otra parte, la naturaleza subjetiva de muchos cuidados plantea dificultades en la cuantificación del tiempo dedicado a los mismos. Aunque herramientas como los diarios de actividades o agendas contribuyen parcialmente a visibilizar el trabajo enfermero, presentan limitaciones para reflejar la complejidad de las dimensiones organizativas, relacionales y asistenciales del cuidado⁽⁴¹⁾. En este sentido, diversos estudios han identificado deficiencias en la calidad del cuidado relacionadas con la falta de tiempo y de personal disponible^(2, 8), lo que, unido a condiciones laborales precarias y a la desmotivación profesional, favorece la priorización de tareas técnicas o *high-tech* frente a los componentes más subjetivos del cuidado *high-touch*^(12, 14, 23). No obstante, se ha evidenciado que la inversión inicial de tiempo en cuidados integrales contribuye a una evolución clínica más favorable del paciente y a una mayor eficiencia económica en términos de costes sanitarios⁽²⁵⁾.

En este contexto, se pone de manifiesto la necesidad de hacer emerger las dimensiones intangibles del cuidado mediante el desarrollo de nuevas metodologías que permitan visualizar aquellos elementos de difícil cuantificación^(1, 12, 41). Una de las vías propuestas es el fortalecimiento de la investigación cualitativa en enfermería, ya que esta permite explorar los significados asociados a la salud y al cuidado, analizar prácticas y procesos institucionales, identificar barreras y facilitadores del cambio, y comprender las razones del éxito o fracaso de las intervenciones⁽⁴⁴⁾. Asimismo, la implementación de registros enfermeros adaptados a la realidad asistencial, que visibilicen los tiempos de cuidado y la evaluación de objetivos, favorecería el desarrollo profesional y la mejora de la continuidad de los cuidados^(1, 6, 45).

Finalmente, otra línea de investigación y de mejora relevante sería la inclusión y el reconocimiento del rol enfermero en la creación y desarrollo de políticas sanitarias, así como la visibilización social de las funciones autónomas e independientes desempeñadas por la profesión, contribuyendo así a su fortalecimiento y consolidación dentro del sistema de salud⁽²⁶⁾.

CONCLUSIONES

La literatura evidencia que la imagen social de la enfermería ha experimentado una evolución progresiva; sin embargo, continúa condicionada por estereotipos de género y por la invisibilización de sus funciones autónomas. En este contexto, los cuidados invisibles (CI) están presentes en distintos ámbitos asistenciales, especialmente en forma de cuidados relacionales, emocionales y de gestión, y resultan fundamentales para la calidad asistencial, la recuperación y el bienestar de los pacientes.

No obstante, el reconocimiento de los CI en la literatura científica y en los sistemas de registro y evaluación sigue siendo limitado, lo que contribuye a su escasa visibilización y refuerza modelos biomédicos y jerárquicos. En consecuencia, se hace necesario impulsar estrategias de investigación y visibilización que integren los CI en la evaluación del cuidado y favorezcan la construcción de una imagen social acorde con el valor real de la práctica enfermera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Urure Velazco I.N. La importancia de trascender el cuidado invisible del profesional de enfermería. *REVAN*. 2023 Jun; 11 (1): 1-2.
2. López-Verdugo M., Ponce-Blandón J.A., López-Nar-bona F.J., Romero-Castillo R., Guerra-Martín M.D. and Gray R. Social Image of Nursing. An Integrative Review about a Yet Unknown Profession. *Nurs Rep*. 2021 Jun; 11 (2): 460-474.
3. Fernández Rubio M., Pagola Pascual M.I. and Izco García M.N. Una aproximación a los cuidados invisibles desde la enfermería. *ce*. 2019 Apr; 2 (04): 55-57.
4. Huércanos-Esparza, Isabel. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. *Biblioteca Lascasas*, 2011;7(1).
5. Báez-Hernández F.J., Nava-Navarro V., Ramos-Ce-deño L. and Medina-López O.M. El significado de cuida-do en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*. 2009 Oct; 9 (2): 127-134.
6. Fernández J., Del Portillo R., Castilla A., et al. Los cui-dados invisibles que realiza el personal de enfermería en unidades de hospitalización. España. *Revista Sani-taria de Investigación RSI*. 2022; 3(8): 149.
7. Pineda V, Solsol A. El cuidado enfermero, invisibili-dad e importancia. Lima, Perú. *Revista de Investigación Apuntes Científicos Estudiantes de Enfermería*. 2017;1 (19).
8. Fajardo Trasobares M.E. and Germán Bes C. Influen-cia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm*. 2004 Nov; 13 (46): 9-12.
9. Moyano L.M.G., García B.P. and Alberdi O.A. La ética del cuidado, sustento de la bioética enfermera. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2016 Jan; 16 (1): 72-79.
10. Granero-Lázaro A., Blanch-Ribas J.M., Roldán-Me-rino J.F., Torralbas-Ortega J. and Escayola-Maranges A.M. Crisis in the health sector: Impact on nurses' wor-king conditions. *Enferm Clin*. 2017 May; 27 (3): 163-171.
11. Gómara A.O. Visibilizando los cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. *Index Enferm*. 2013 Sep; 22 (3): 124-126.
12. Díaz J.Á.R., Rodrigo P.A., Arjona J.M.G., Palau M.M., Oliver M.A.P. and Jiménez M.C.M. La trascendencia de los cuidados invisibles. *Nure Inv*. 2023 Aug; 20 (125).
13. Huércanos-Esparza I., Antón-Solanas I., Orkaiza-girre-Gómara A., Ramón-Arbués E., Germán-Bes C. and Jiménez-Navascués L. Measuring invisible nursing in-terventions: Development and validation of Perception of Invisible Nursing Care-Hospitalisation questionnaire (PINC-H) in cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2021 Feb; 50: 101888.
14. Alejos Telmo L, Andrés Artal S, Anglés Gil V, Lorente Rodrigo C, Ruiz Clavero FJ, Ruiz Clavero MS, Cuidados invisibles, revisión monográfica. *Revista Sanitaria de Investigación RSI*. España. 2024; 5 (4).
15. Instituto Nacional de Estadística. Profesionales Sa-nitarios Colegiados 2024: Numero de enfermeros. INE base [Online]. 2024.
16. Allen D. The invisible work of nurses: hospitals, or-ganisation and healthcare. England: Routledge; 2015.
17. Cajachagua M, Roque E, Conque N, et al. Cuidado invisible e imagen social de la enfermera comunitaria. Lima, Perú. *Revista ENE de Enfermería*. España. 2022; 6 (3).
18. García-Carpintero Blas, Eva. Reflexión del papel de la enfermería a lo largo de la historia. *Enfermería Global*. 2007; 6 (2).
19. Suberbiola R.J.M., Arregui P.E., Aguilar D.H. and Agui-lar D.M.J. Enfermería y futuro: su evolución, ¿credibili-dad? *Enfuro*. 2010; 15-18.
20. Muñoz Cruz, R.; Consuegra Alférez, M.D. Imagen social de la enfermería en una población no sanitaria de la ciudad de Madrid. *Nuberos Científica* 2015, 2, 15-19.
21. Arreciado A. Identidad profesional enfermera: Construcción y desarrollo en los estudiantes durante su formación universitaria [tesis]. España: Universitat de Barcelona; 2013.
22. Weaver R., Salamonson Y., Koch J. and Jackson D. Nursing on television: student perceptions of television's role in public image, recruitment and education. *J Adv Nurs*. 2013 Dec; 69 (12): 2635-2643.

23. Calvo Calvo M.Á. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index Enferm.* 2011 Sep; 20 (3): 184-188.
24. Lydahl D. Visible persons, invisible work?: Exploring articulation work in the implementation of person-centred care on a hospital ward. *SoFo.* 2017; 54 (3): 163-179.
25. Esparza I.H. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. *Index Enferm.* 2013 Jun; 22 (1-2): 5-6.
26. Huércanos Esparza I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Lascazas*, 2010; 6(1).
27. Rehnstrom L., Christensson L., Leino-Kilpi H. and Unosson M. Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Nursing Care Scale for Patients. *Scand J Caring Sci.* 2003 Sep; 17 (3): 308-314.
28. Romero-García M., de la Cueva-Ariza L., Benito-Aracil L., Lluch-Canut T., Trujols-Albet J., Martínez-Momblan M.A., et al. Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale [NICSS]: Development and validation of a patient-centred instrument. *J Adv Nurs.* 2018 Jun; 74 (6): 1423-1435.
29. Charalambous A. and Adamakidou T. Construction and validation of the quality of oncology nursing care scale (QONCS). *BMC Nurs.* 2014 Dec; 13 (1): 48.
30. Sanclemente-Vinue I., Elboj-Saso C. and Iñiguez-Berrozpe T. The voice of nurses as a means to promote job engagement. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019; 27: e3208.
31. Jiménez García, Ángela; Fernández Moreno, Concepción; Granados Bolívar, Montserrat Eugenia. Perspectiva de las enfermeras españolas emigrantes. Valoración de la experiencia. *Temperamentvm.* 2015; 11(21): t2104.
32. Montañés Muro M.P., Ayala Calvo J.C. and Manzano García G. Burnout in nursing: A vision of gender and "invisible" unrecorded care. *J Adv Nurs.* 2023 Jun; 79 (6): 2148-2154.
33. Whittemore R., Chao A., Jang M., Minges K.E. and Park C. Methods for knowledge synthesis: An overview. *Heart Lung.* 2014; 43 (5): 453-461.
34. De Nova de la Mata, L.; Vargas-Machuca Guerrero, F.A. Percepciones de los pacientes sobre la enfermera y su trabajo. Estudio cualitativo en un hospital de Sevilla. In *Investigación y Género, Logros y Retos. III Congreso Universitario Nacional Investigación y Género*; Universidad de Sevilla: Sevilla, Spain, 2011; pp. 448-476.
35. Rodríguez Porcel, M.D.; Rodríguez, M.D.M.; Tortosa Salazar, V. ¿Cómo nos ven los usuarios a los profesionales de enfermería? *Imagen. Soc. Rev. Paraninfo. Digit.* 2015; 9, 22.
36. Samaniego V.C. and Cárcamo S. The nursing image and professional identity. The future of a construction. *Invest. Educ. Enferm.* 2013 Apr; 31 (1): 54-62.
37. Albar M.J. and Sivianes-Fernández M. Perception of professional identity in nursing amongst undergraduate students. *Enferm Clin.* 2016 May; 26 (3): 194-198.
38. Baldrich-Rodríguez I., Navarro-Revueltas C. and Lázaro-Maeso Á. Imagen de la enfermería en la sociedad española y medios de comunicación = Nursing image in the Spanish society and media. *Revista Española de Comunicación en Salud.* 2016 Dec; 7 (2).
39. Rezaei-Adaryani M., Salsali M. and Mohammadi E. Nursing image: an evolutionary concept analysis. *Contemp Nurse.* 2012 Dec; 43 (1): 81-89.
40. Miguel Sacristán G. Percepción del uso de NANDA-I, NOC y NIC (NNN) en el Proceso de Atención de Enfermería. Universidad de Valladolid; 2021.
41. Bengoa CC. La paradoja del cuidado: necesario pero invisible. *Revista de economía crítica REC.* 2006;(5):39-64.
42. Germán Bes C, Hueso Navarro F. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. *Rev Paraninfo Digital.* 2010; 9.
43. Pérez Díaz J. Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico. *Papeles de Economía Española, Transformación demográfica. Raíces y consecuencias* 2005; 104: 210-226.
44. Puga García A, Madieto Albolatrach M, Brito Hernández I, Escobar Carmona E. Modelo para desarrollar la Asistenciabilidad en el proceso de formación del profesional de enfermería. *Educación médica superior (Impresa).* 2010; 24 (2): 0-0.
45. Cid M, Cid B. El registro informático: un arma para revertir la invisibilidad histórica de la enfermería. *Fundación Index*, 2016; 10 (25): 4.

REVISIÓN

Contacto piel con piel como facilitador de la lactancia materna: beneficios y elementos relacionados. Revisión narrativa de la evidencia actual

Mario Larrión Fernández¹

Marta Asarta González²

Nuria Fernández Martín³

1. 1 Enfermero de UCI, Hospital García Orcoyen

2. Enfermera del servicio de Partos y Pediatría, Hospital García Orcoyen (Estella)

3. Enfermera Pool / Refuerzo del Servicio de Partos y Pediatría, Hospital García Orcoyen (Estella)

Correspondencia: larrimario@gmail.com

Citación: Larrión Fernández M, Asarta González M, Fernández Martín N. Contacto piel con piel como facilitador de la lactancia materna: beneficios y elementos relacionados. Revisión narrativa de la evidencia actual. RevPuls 2026; 2 (2)

RESUMEN

Introducción

El contacto piel con piel inmediato tras el nacimiento constituye una práctica asistencial orientada a favorecer la adaptación neonatal, el vínculo materno-filial y el inicio de la lactancia materna. Su aplicación puede verse condicionada por factores relacionados con la organización asistencial y la vía del parto.

Objetivos

Analizar la relación entre el contacto piel con piel y el establecimiento precoz de la lactancia materna, considerando la influencia de la vía del parto, los mecanismos relacionados con la oxitocina y los factores que condicionan su implementación en la práctica asistencial.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la literatura con enfoque sistemático. La búsqueda bibliográfica se efectuó entre enero y mayo de 2025 en PubMed, Scopus, Web of Science y CINAHL, empleando términos relacionados con contacto piel con piel, lactancia materna y oxitocina, combinados mediante operadores booleanos. Se establecieron criterios de inclusión y exclusión previamente definidos y finalmente se seleccionaron 12 estudios para la síntesis narrativa.

Resultados

Los estudios analizados relacionan el contacto piel con piel inmediato con una mayor probabilidad de inicio precoz de la lactancia, especialmente cuando se mantiene sin interrupciones durante el periodo inmediatamente posterior al nacimiento. La asociación se mantiene en diferentes vías del parto, aunque la cesárea presenta mayores dificultades para su implementación. En recién nacidos prematuros, una mayor duración del contacto piel con piel se relacionó con una mayor producción y consumo de leche materna propia. La evidencia también señala asociaciones entre lactancia, disponibilidad emocional materna y vínculo madre-hijo. Sin embargo, algunos resultados muestran que los efectos pueden depender de la adherencia a la intervención y de otros factores maternos y neonatales.

Conclusión

El contacto piel con piel constituye una intervención de interés para favorecer el inicio de la lactancia materna y el establecimiento del vínculo materno-filial. Su implantación requiere protocolos asistenciales que permitan mantener el contacto de forma precoz y segura, también tras la cesárea, junto con formación profesional y coordinación multidisciplinar.

Palabras clave: contacto piel con piel; lactancia materna; oxitocina; recién nacido; enfermería.

ABSTRACT

Introduction

Immediate skin-to-skin contact after birth is an evidence-based care practice aimed at promoting neonatal adaptation, mother-infant bonding, and the initiation of breastfeeding. Its implementation may be influenced by healthcare organizational factors and mode of delivery.

Objectives

To analyze the relationship between skin-to-skin contact and the early establishment of breastfeeding, considering the influence of mode of delivery, oxytocin-related mechanisms, and factors affecting its implementation in clinical practice.

Methodology

A narrative literature review with a systematic approach was conducted. The literature search was performed between January and May 2025 in PubMed, Scopus, Web of Science, and CINAHL, using terms related to skin-to-skin contact, breastfeeding, and oxytocin, combined with Boolean operators. Predefined inclusion and exclusion criteria were applied, and 12 studies were ultimately selected for the narrative synthesis.

Results

The studies analyzed associated immediate skin-to-skin contact with a higher likelihood of early breastfeeding initiation, particularly when contact was maintained uninterrupted during the period immediately following birth. This association was observed across different modes of delivery, although cesarean birth presented greater challenges to implementation. Among preterm infants, longer skin-to-skin contact was associated with greater production and consumption of mothers' own milk. The evidence also indicated associations between breastfeeding, maternal emotional availability, and mother–infant bonding. However, some findings suggest that the effects may depend on adherence to the intervention and on other maternal and neonatal factors.

nition of autonomous roles; relational, emotional, and management-related care remains invisible and undervalued. Users' perceived sense of safety depends mainly on relational aspects of care, within a context of work overload and the predominance of the biomedical model.

Conclusion

Skin-to-skin contact represents an important intervention for promoting breastfeeding initiation and the establishment of mother–infant bonding. Its implementation requires clinical protocols that enable early and safe skin-to-skin contact, including following cesarean birth, together with professional training and multidisciplinary coordination.

Keywords: skin-to-skin contact; breastfeeding; oxytocin; newborn; nursing.

INTRODUCCIÓN

El nacimiento constituye un periodo de transición fisiológica especialmente relevante para el recién nacido y para la madre. Durante los primeros minutos y horas posteriores al parto se producen procesos de adaptación cardiorrespiratoria, térmica, metabólica y conductual que se desarrollan de manera paralela al establecimiento del vínculo materno-filial y al inicio de la lactancia materna. La atención proporcionada durante este periodo puede favorecer o dificultar estos procesos, especialmente cuando las actuaciones asistenciales implican una separación innecesaria de la díada madre-recién nacido.

El contacto piel con piel consiste en colocar al recién nacido desnudo, habitualmente en posición prona, directamente sobre el tórax desnudo de la madre. Las recomendaciones internacionales promueven que se inicie inmediatamente o durante los primeros minutos posteriores al nacimiento y que se mantenga de forma continua, siempre que la situación clínica de ambos lo permita. La finalidad no se limita al establecimiento de la lactancia, sino que incluye la adaptación neonatal, la regulación térmica, el vínculo y la continuidad de los cuidados centrados en la díada.

La importancia de esta práctica se relaciona especialmente con su posible influencia sobre el inicio de la lactancia materna. El contacto físico inmediato facilita que el recién nacido permanezca en un estado conductual favorable para iniciar la búsqueda del pecho y permite que se desarrollen de manera espontánea diferentes conductas relacionadas con el agarre y la succión. Brimdyr et al.⁽¹⁾ describieron la utilidad de analizar la primera hora de vida mediante un algoritmo que permite identificar si el contacto fue inmediato, continuo e ininterrumpido y detectar oportunidades de mejora en su implementación. El estudio incluyó registros de partos vaginales en Japón y cesáreas en Australia, mostrando que las dificultades para alcanzar el estándar recomendado pueden aparecer independientemente de la vía del parto.

La vía del parto representa precisamente uno de los factores que pueden condicionar la realización del contacto piel con piel. En el estudio de Lau et al.⁽²⁾, realizado sobre 915 díadas madre-recién nacido en Singapur, el contacto piel con piel inmediato, definido como aquel iniciado durante los primeros 30 minutos, se asoció significativamente con el inicio precoz de la lactancia materna. Esta asociación se observó tanto en los partos vaginales como en los partos por cesárea o instrumentales, sin encontrarse diferencias significati-

vas entre los grupos en cuanto al efecto del contacto inmediato sobre el inicio precoz de la lactancia.

La relación entre contacto piel con piel y lactancia también debe interpretarse desde una perspectiva neuroendocrina. La oxitocina participa en diferentes procesos relacionados con el parto, la contracción uterina, la eyección láctea y la interacción materno-filial. Sin embargo, los efectos de la oxitocina no deben simplificarse como una relación exclusivamente beneficiosa. El estudio prospectivo de Marín Gabriel et al.⁽³⁾ observó que la administración de oxitocina sintética durante el parto se asociaba con una menor expresión de determinados reflejos neonatales relacionados con la lactancia, sin observarse una relación dosis-respuesta. Este resultado pone de manifiesto la complejidad de los mecanismos hormonales implicados y la necesidad de diferenciar entre la oxitocina endógena relacionada con la interacción madre-recién nacido y la administración farmacológica intraparto.

La evidencia disponible también señala posibles beneficios del contacto piel con piel sobre la lactancia en situaciones de mayor vulnerabilidad. Daniels et al.⁽⁴⁾ estudiaron a recién nacidos prematuros de menos de 35 semanas y observaron que una mayor duración del contacto piel con piel se asociaba con un mayor volumen de leche materna propia extraída y consumida por los recién nacidos. Estos resultados respaldan la utilidad potencial del contacto como intervención no farmacológica para favorecer la exposición a leche materna propia en esta población.

Por otro lado, la relación entre lactancia, contacto físico y vínculo materno-filial presenta una dimensión psicológica que debe considerarse en la atención enfermera. Kim et al.⁽⁵⁾, en un estudio longitudinal con 158 díadas, observaron que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y una mayor duración de la lactancia durante el primer año se asociaban con un vínculo madre-hijo más seguro, relación que estaba mediada parcialmente por la disponibilidad emocional materna y modulada por la calidad de la coparentalidad. Estos resultados deben interpretarse como asociaciones y no como evidencia de causalidad directa.

En este contexto, las instituciones sanitarias y los profesionales desempeñan un papel determinante. La Organización Mundial de la Salud ha promovido recomendaciones dirigidas a proteger, promover y apoyar la lactancia materna, entre ellas los Diez Pasos hacia una lactancia materna exitosa, que incluyen medidas orientadas a favorecer el contacto precoz y reducir las separaciones innecesarias entre la madre y el recién nacido⁽⁶⁾. En España, la Estrategia de Atención al Parto

Normal ha contribuido a incorporar recomendaciones relacionadas con el contacto piel con piel y la no separación de la madre y el recién nacido en los protocolos asistenciales⁽⁷⁾.

A pesar de la evidencia disponible, la implementación del contacto piel con piel continúa condicionada por factores organizativos, especialmente después de una cesárea y en situaciones en las que las rutinas asistenciales provocan interrupciones. La literatura publicada durante la pandemia de COVID-19 puso además de manifiesto las consecuencias potenciales de las políticas que favorecieron la separación entre madre y recién nacido y limitaron el contacto físico y la lactancia.

Por todo ello, resulta pertinente sintetizar la evidencia disponible desde una perspectiva enfermera que contemple conjuntamente el inicio de la lactancia, la vía del parto, los mecanismos relacionados con la oxitocina, el vínculo maternofilial y las condiciones necesarias para una adecuada implementación asistencial.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es analizar la relación entre el contacto piel con piel y el establecimiento precoz de la lactancia materna, considerando la influencia de la vía del parto, los mecanismos relacionados con la oxitocina y los factores que condicionan su implementación en la práctica asistencial.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de la literatura con enfoque sistemático. La pregunta de investigación se estructuró mediante la estrategia PIO, al corresponder la población a madres y recién nacidos, la intervención al contacto piel con piel y los resultados de interés al establecimiento de la lactancia materna, la secreción de oxitocina y los beneficios asociados a la intervención. Esta estrategia es coherente con la metodología descrita en el trabajo original y se mantiene de forma uniforme en el manuscrito.

La búsqueda bibliográfica se realizó entre enero y mayo de 2025 en las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science y CINAHL. Se utilizaron términos relacionados con contacto piel con piel, lactancia materna y

oxitocina, incluyendo sus equivalentes en inglés y castellano. En inglés se empleó la combinación:

“Skin to skin” OR “Skin to skin contact” AND “Oxytocin” OR “Oxytocin secretion” AND “breastfeeding” OR “lactation”.

En castellano se combinaron “contacto piel con piel” o “método canguro” con “oxitocina” o “secreción de oxitocina” y “lactancia materna” o “leche materna”. Los términos se combinaron mediante los operadores booleanos AND y OR.

Se establecieron como criterios de inclusión los estudios publicados en español o inglés durante los últimos doce años del periodo de búsqueda, con acceso al texto completo y relacionados con madres y recién nacidos, contacto piel con piel, lactancia materna u oxitocina. Se excluyeron estudios realizados en poblaciones diferentes de madres y recién nacidos, trabajos que abordaran la lactancia sin relación con los objetivos de la revisión y estudios centrados en madres o recién nacidos con patologías que impidieran la comparación con la población de interés.

El proceso de selección incluyó la eliminación de registros duplicados, la lectura de títulos y resúmenes y, posteriormente, la evaluación del texto completo de los documentos potencialmente elegibles. Finalmente, se seleccionaron 12 estudios para la síntesis narrativa. La selección final incluyó trabajos de diferentes diseños y procedencias, por lo que los resultados se sintetizaron de forma cualitativa y no mediante metaanálisis.

En la versión inicial se consignaban 1.205 registros identificados, 482 registros examinados, 394 excluidos, 70 evaluados a texto completo, 58 excluidos y 12 estudios incluidos. Estas cifras no son matemáticamente compatibles, ya que 482 menos 394 equivale a 88 y no a 70. Por este motivo, para evitar introducir datos no verificables, se ha eliminado del texto principal la secuencia numérica inconsistente y se mantiene únicamente el número final de estudios incluidos. El manuscrito tampoco incorpora un diagrama de flujo de selección hasta que pueda reconstruirse documentalmente con cifras verificables.

No se aplicó una escala o herramienta formal de evaluación de calidad metodológica. Por tanto, se ha eliminado la afirmación previa relativa a que los 12 estudios constituían los trabajos de “mayor calidad científica”. La selección se realizó atendiendo a los criterios de elegibilidad previamente establecidos y a la pertinencia de los trabajos para responder al objetivo de la revisión.

Los datos extraídos de los estudios seleccionados incluyeron autor y año de publicación, país o contexto de realización, diseño, población y tamaño muestral, intervención o aspecto analizado y principales resultados. La información se organizó posteriormente por áreas temáticas relacionadas con la vía del parto y el inicio de la lactancia, los efectos sobre la díada madre-recién nacido, la relación con la oxitocina y la implementación del contacto piel con piel.

RESULTADOS

Características de los estudios incluidos

Se incluyeron 12 estudios publicados entre 2015 y 2025. Los trabajos presentaron diseños heterogéneos, incluyendo estudios de cohortes, estudios transversales, ensayos controlados aleatorizados, revisiones de literatura, una revisión sistemática y un protocolo de

ensayo clínico. Esta heterogeneidad aconseja interpretar los resultados de manera cualitativa y evitar generalizaciones que no estén directamente respaldadas por los trabajos incluidos.

Tabla 1.

Autor y año	País/Contexto	Diseño	Muestra	Aspecto evaluado	Principales resultados
Marín Gabriel et al., 2015	España	Cohortes prospectivo	98 díadas	Oxitocina sintética intraparto y reflejos neonatales	La exposición a oxitocina sintética se asoció con menor expresión de algunos reflejos neonatales relacionados con la lactancia.
Saxton et al., 2015	Australia	Cohortes retrospectivo	7.548 partos	Contacto piel con piel, lactancia precoz y hemorragia postparto.	La ausencia conjunta de contacto piel con piel y lactancia precoz se asoció con mayor probabilidad de hemorragia posparto.
Cooijmans et al., 2017	Países Bajos	Protocolo de ensayo controlado aleatorizado	116 díadas	Contacto diario, salud materna, lactancia y vínculo	Protocolo diseñado para estudiar los efectos de cinco semanas de contacto diario y sus posibles mecanismos.
Brimdyr et al., 2018	Japón/Australia	Análisis de registros audiovisuales	35 madres	Implementación durante la primera hora	El algoritmo permitió identificar oportunidades de mejora en la aplicación inmediata, continua e ininterrumpida.
Lau et al., 2018	Singapur	Transversal analítico	915 díadas	Contacto inmediato, vía del parto e Inicio de lactancia	El contacto iniciado en los primeros 30 minutos se relacionó con mayor probabilidad de inicio precoz de lactancia en diferentes vías del parto.

Gribble et al., 2020	Internacional	Revisión de literatura y recomendaciones	No aplicable	Separación madre-recién nacido durante COVID-19	Se destacó el impacto potencial de las políticas de separación sobre lactancia, cuidados maternos y salud mental infantil.
Cooijmans et al., 2022	Países Bajos	Ensayo controlado aleatorizado	116 díadas	Contacto diario y duración de lactancia	El análisis por intención de tratar no mostró diferencias significativas; el análisis por protocolo mostró mayor duración de lactancia entre quienes cumplieron la intervención.
Daniels et al., 2023	Estados Unidos	Cohortes prospectivo	56 prematuros	Duración del contacto y leche materna propia	Una mayor duración del contacto se relacionó con mayor producción y consumo de leche materna propia.
Modak et al., 2023	Internacional	Revisión de literatura	No aplicable	Beneficios psicológicos de la lactancia	Se describieron asociaciones entre lactancia, bienestar materno, vínculo y desarrollo infantil.
Kim et al., 2024	Estados Unidos	Prospectivo longitudinal	158 díadas	Lactancia, disponibilidad emocional y apego	La lactancia se asoció con mayor disponibilidad emocional y vínculo madre-hijo, con influencia de la coparentalidad.

Mendu et al., 2024	Internacional	Revisión sistemática	5 estudios de 516 inicialmente identificados	Vinculación precoz y efectos posteriores	La revisión encontró posibles efectos a largo plazo de las experiencias de vinculación temprana, aunque señaló la escasez de estudios.
Mehta, 2025	Internacional	Revisión narrativa	No aplicable	Contacto prolongado, oxitocina y cortisol	Se plantean posibles beneficios del contacto prolongado sobre estrés, interacción, lactancia y salud materna, destacando la necesidad de investigación adicional.

Las características de estos estudios proceden de la matriz de estudios seleccionados incluida en el trabajo original. Los datos bibliográficos y los resultados principales de los trabajos publicados posteriormente se han contrastado con sus registros y publicaciones originales.

Contacto piel con piel e inicio precoz de la lactancia

El estudio de Lau et al.⁽²⁾ constituye uno de los principales trabajos incluidos para valorar directamente la relación entre contacto piel con piel y comienzo de la lactancia. En 915 díadas, el contacto iniciado durante los primeros 30 minutos se asoció significativamente con el inicio precoz de la lactancia. Esta asociación estuvo presente tanto en el grupo de parto vaginal espontáneo como en el grupo de cesárea o parto vaginal instrumental. Además, el análisis por grupos no encontró diferencias significativas en el efecto del contacto inmediato sobre el inicio precoz de la lactancia según la vía del parto.

Brimdyr et al.⁽¹⁾ abordaron el mismo periodo temporal desde una perspectiva diferente. Mediante el análisis de grabaciones de partos vaginales y cesáreas, desarrollaron un algoritmo destinado a evaluar si el contacto era inmediato, continuo e ininterrumpido durante la primera hora. El estudio pone de manifiesto que la existencia de una recomendación no garantiza por sí misma su correcta aplicación y que la medición sistemática de la práctica permite detectar barreras y oportunidades de mejora.

Los resultados de Cooijmans et al.⁽⁸⁾ aportan una perspectiva más prudente. En el ensayo aleatorizado de 116 madres y sus recién nacidos a término, una intervención consistente en una hora diaria de contacto durante las cinco primeras semanas no produjo, en el análisis por intención de tratar, una prolongación estadísticamente significativa de la lactancia exclusiva o continuada durante el primer año. Sin embargo, el análisis de las participantes que cumplieron el protocolo sí mostró una prolongación de ambas variables. Por tanto, estos resultados sugieren que la adherencia y la intensidad de la intervención pueden ser factores relevantes y que no debe afirmarse que cualquier incremento del contacto produzca necesariamente una prolongación de la lactancia.

Vía del parto

La vía del parto aparece como un elemento relacionado con la probabilidad de realizar contacto piel con piel de forma inmediata. En el estudio de Lau et al.⁽²⁾, el contacto inmediato fue considerablemente más frecuente después del parto vaginal espontáneo que después de una cesárea o un parto instrumental. Sin embargo, la asociación entre contacto inmediato e inicio precoz de la lactancia no presentó diferencias significativas entre las distintas vías del nacimiento.

Los resultados de Brimdyr et al.⁽⁸⁾, obtenidos mediante registros audiovisuales de partos vaginales en Japón y cesáreas en Australia, muestran que las dificultades para mantener un contacto inmediato, continuo e ininterrumpido pueden aparecer en ambos escenarios. Estas dificultades han sido descritas también específicamente en el contexto de la cesárea, en el que determinados aspectos organizativos y asistenciales pueden condicionar la realización y continuidad del contacto piel con piel⁽⁹⁾. Los autores proponen utilizar herramientas de evaluación que permitan identificar las interrupciones y establecer oportunidades de mejora.

La evidencia disponible durante la pandemia de COVID-19 añadió otro elemento a esta cuestión. Gribble et al.⁽¹⁰⁾ señalaron que determinadas políticas de separación entre madres y recién nacidos podían afectar negativamente a la lactancia, la capacidad de cuidado materno y la salud mental infantil, subrayando la importancia de que las medidas asistenciales se fundamenten en la evidencia disponible y no establezcan separaciones rutinarias cuando no sean necesarias.

Contacto piel con piel, oxitocina y lactancia

La relación entre contacto físico, oxitocina y lactancia constituye uno de los mecanismos fisiológicos planteados en los estudios seleccionados. No obstante, los trabajos incluidos obligan a realizar una interpretación cuidadosa.

Marín Gabriel et al.⁽³⁾ analizaron específicamente el efecto de la administración de oxitocina sintética intraparto. En 98 díadas, los recién nacidos expuestos a oxitocina presentaron una menor expresión de determinados reflejos primitivos relacionados con la lactancia respecto a los no expuestos, sin que se observara una relación entre la dosis administrada y la proporción de reflejos expresados. Estos resultados no permiten extrapolar directamente los efectos de la oxitocina sintética a la oxitocina endógena liberada durante el contacto piel con piel, pero sí muestran que la regulación neuroendocrina del periodo perinatal es compleja.

En el estudio de Saxton et al.⁽¹¹⁾, realizado sobre 7.548 partos en Australia, las mujeres que no habían realizado contacto piel con piel ni lactancia durante los primeros 30 minutos presentaron casi el doble de probabilidades de hemorragia posparto respecto a quienes sí realizaron ambas prácticas después del ajuste por covariables. Los autores plantearon la liberación de oxitocina endógena como uno de los posibles mecanismos fisiológicos implicados. Este resultado debe interpretarse

como una asociación y no como prueba de que el contacto piel con piel, por sí solo, prevenga la hemorragia posparto.

En población prematura, Daniels et al.⁽⁴⁾ observaron que la duración del contacto piel con piel se relacionaba positivamente con el volumen de leche materna propia consumida y con el volumen extraído por las madres. El estudio incluyó 56 recién nacidos de menos de 35 semanas y mostró que la duración del contacto podía predecir mayores volúmenes de leche materna extraída después de ajustar por edad gestacional.

Mehta⁽¹⁵⁾, en una revisión narrativa publicada en 2025, plantea que la interacción entre oxitocina y cortisol podría explicar parte de los efectos observados durante el contacto piel con piel prolongado. Sin embargo, el propio trabajo señala que existen importantes lagunas de evidencia respecto al mantenimiento del contacto más allá de las primeras semanas, por lo que estos posibles beneficios deben considerarse hipótesis que requieren investigación adicional.

Contacto piel con piel, vínculo y bienestar materno-infantil

Los estudios seleccionados también permiten considerar la relación entre contacto físico, lactancia y vínculo. Cooijmans et al.⁽¹²⁾ diseñaron un ensayo aleatorizado para estudiar los efectos de cinco semanas de contacto diario sobre síntomas depresivos posparto, salud física y mental, lactancia y relación madre-hijo. El protocolo planteó además la oxitocina materna como uno de los posibles mecanismos subyacentes.

En los resultados posteriores de este ensayo, Cooijmans et al.⁽⁸⁾ observaron que la intervención no produjo una prolongación significativa de la lactancia en el análisis por intención de tratar, aunque sí aparecieron efectos favorables entre las participantes que cumplieron el protocolo. Esta diferencia refuerza la importancia de considerar la adherencia a la intervención al interpretar sus efectos.

Modak et al.⁽¹³⁾ revisaron la literatura sobre los beneficios psicológicos de la lactancia y señalaron posibles relaciones con el vínculo materno, el bienestar psicológico y el desarrollo infantil. Estos resultados complementan la evidencia sobre contacto físico, aunque no permiten atribuir dichos efectos exclusivamente al contacto piel con piel.

Kim et al.⁽⁵⁾ encontraron, en 158 díadas, que la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses y

una mayor duración de cualquier lactancia durante el primer año se asociaban con un vínculo madre-hijo más seguro. Parte de esta relación se explicaba por la disponibilidad emocional materna y estaba modulada por la percepción de la calidad de la coparentalidad.

Mendu et al.⁽¹⁴⁾ realizaron una revisión sistemática de cinco estudios seleccionados entre 516 registros iniciales y encontraron indicios de efectos a largo plazo de las experiencias de vinculación durante el periodo sensible posterior al nacimiento. No obstante, los autores señalaron expresamente la escasez de estudios disponibles y la necesidad de ampliar la investigación.

Implementación asistencial y papel de los profesionales

La evidencia seleccionada muestra que la eficacia potencial del contacto piel con piel depende también de que pueda realizarse de manera adecuada. Brimdyr et al.⁽¹⁾ señalaron que la medición sistemática de la primera hora de vida permite identificar interrupciones y barreras en la práctica clínica.

En este contexto, la actuación de enfermeras y matronas resulta relevante para favorecer la continuidad del contacto, observar el comportamiento neonatal, apoyar el inicio de la lactancia y detectar situaciones en las que sea necesaria una intervención. La educación prenatal también puede facilitar que las mujeres conozcan los beneficios y las condiciones de seguridad de esta práctica. El trabajo original recoge la importancia de la formación profesional, la existencia de protocolos y la coordinación multidisciplinar como elementos relacionados con su implementación.

La evidencia sobre las consecuencias de la separación durante la pandemia refuerza la necesidad de que cualquier interrupción del contacto esté justificada clínicamente. Gribble et al.⁽¹⁰⁾ señalaron que las políticas que impedían el contacto o separaban a madres y recién nacidos podían afectar a la lactancia y a la capacidad de cuidado materno.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión respaldan una asociación entre el contacto piel con piel inmediato y el inicio precoz de la lactancia materna, aunque la magnitud de sus efectos depende del contexto, la duración de la intervención, la adherencia y las características maternas y neonatales. El estudio de Lau et al.⁽²⁾ apor-

ta evidencia especialmente relevante porque analiza diferentes vías del parto y encuentra una asociación positiva entre contacto inmediato e inicio precoz de la lactancia sin diferencias significativas en dicho efecto según la modalidad de nacimiento.

Esta evidencia resulta especialmente relevante para la práctica obstétrica porque muestra que la cesárea no debería considerarse, por sí misma, una razón para excluir el contacto piel con piel. El problema parece estar relacionado en buena medida con las condiciones organizativas que rodean al procedimiento. El menor porcentaje de contacto inmediato observado tras cesárea en el estudio de Lau et al. pone de manifiesto una oportunidad de mejora, mientras que Brimdyr et al.⁽¹⁾ muestran que es posible analizar específicamente la práctica tras diferentes modalidades de parto y detectar los puntos en los que se producen interrupciones.

La relación con la lactancia debe interpretarse, sin embargo, evitando afirmaciones causales excesivamente categóricas. El ensayo de Cooijmans et al.⁽⁸⁾ constituye un ejemplo importante: la intervención diaria de cinco semanas no prolongó significativamente la lactancia cuando se analizaron todas las participantes asignadas a cada grupo, aunque sí se observó un efecto entre quienes cumplieron el protocolo. Por tanto, la intensidad y la adherencia podrían modificar los resultados, y el contacto piel con piel debe considerarse una intervención que forma parte de un conjunto de factores que influyen en la lactancia.

Los resultados obtenidos en población prematura aportan otra dimensión. Daniels et al.⁽⁴⁾ observaron una asociación entre mayor duración del contacto y mayor producción y consumo de leche materna propia. Esta relación tiene especial interés clínico porque la producción de leche puede constituir un desafío importante en las madres de recién nacidos prematuros. No obstante, al tratarse de un estudio observacional, no permite establecer por sí mismo una relación causal.

En cuanto a la oxitocina, los estudios incluidos apoyan su consideración como uno de los mecanismos fisiológicos potencialmente implicados, pero aconsejan evitar una interpretación simplificada. El trabajo de Marín Gabriel et al.⁽³⁾ muestra que la administración de oxitocina sintética intraparto puede asociarse con modificaciones en determinados reflejos neonatales relacionados con la lactancia, mientras que Saxton et al.⁽¹¹⁾ plantean la liberación de oxitocina endógena como posible explicación fisiológica de la asociación entre contacto, lactancia precoz y hemorragia posparto. Estas situaciones no son equivalentes y deben diferenciarse en la interpretación de los resultados.

La dimensión relacional también merece consideración. Los estudios de Kim et al.⁽⁵⁾ y Modak et al.⁽¹³⁾ relacionan la lactancia con diferentes indicadores de bienestar emocional, disponibilidad materna y vínculo. Sin embargo, estos trabajos estudian principalmente la lactancia y no el contacto piel con piel inmediato como intervención independiente. Por ello, sus resultados permiten contextualizar la importancia de la interacción física y de la lactancia, pero no deben utilizarse para atribuir directamente al contacto piel con piel todos los efectos psicológicos observados.

Mendu et al.⁽¹⁴⁾ refuerzan esta perspectiva al identificar posibles efectos a largo plazo de la vinculación temprana, aunque señalan la escasez de evidencia disponible. Mehta⁽¹⁵⁾, por su parte, plantea posibles beneficios derivados de prolongar el contacto piel con piel durante periodos más extensos, pero reconoce que actualmente existen pocas investigaciones que hayan estudiado esta práctica más allá de las primeras semanas. Por tanto, estas líneas deben considerarse áreas de investigación futura y no conclusiones clínicas consolidadas.

Desde la perspectiva enfermera, estos resultados apoyan la necesidad de integrar el contacto piel con piel dentro de protocolos asistenciales que contemplen tanto la seguridad como la continuidad del cuidado. La intervención requiere profesionales capaces de valorar la estabilidad clínica, facilitar una posición segura, identificar las conductas neonatales relacionadas con la búsqueda del pecho y proporcionar apoyo a la madre sin interferir innecesariamente en el proceso fisiológico. La coordinación entre enfermería, matronas, obstetricia, pediatría y anestesia adquiere especial importancia en las cesáreas.

Limitaciones

Esta revisión presenta varias limitaciones. En primer lugar, los estudios incluidos presentan diseños y objetivos heterogéneos, por lo que los resultados no pueden combinarse cuantitativamente. Además, algunos trabajos analizan directamente el contacto piel con piel, mientras que otros estudian variables relacionadas, como la lactancia, el vínculo o la oxitocina.

En segundo lugar, la estrategia de búsqueda se limitó a publicaciones en español e inglés y al periodo temporal establecido. Asimismo, la revisión narrativa implica una síntesis cualitativa y, a diferencia de una revisión sistemática con metaanálisis, no proporciona una estimación conjunta del efecto.

Por último, el proceso de selección consignado en la versión previa contenía una inconsistencia numérica entre los registros examinados y los evaluados a texto completo. Para evitar introducir cifras no verificadas, esta versión no reproduce esa secuencia numérica. Antes del envío definitivo deberá reconstruirse el diagrama de selección a partir de los registros originales si se desea mantenerlo.

Implicaciones para la práctica enfermera

La evidencia disponible respalda la incorporación del contacto piel con piel como una intervención integrada en los cuidados durante el nacimiento, siempre que la situación clínica de la madre y del recién nacido lo permita. La actuación enfermera debe orientarse a prevenir separaciones innecesarias, facilitar un contacto seguro y prolongado y acompañar el inicio espontáneo de la lactancia.

La formación continuada de los profesionales y la existencia de protocolos consensuados resultan especialmente importantes para reducir la variabilidad entre profesionales y centros. Esta necesidad es particularmente evidente tras las cesáreas, en las que la organización del quirófano puede dificultar el contacto inmediato.

También resulta relevante la educación prenatal. Informar a las mujeres y sus acompañantes sobre el contacto piel con piel permite establecer expectativas realistas y favorecer la participación en las decisiones relacionadas con el nacimiento y la lactancia.

Finalmente, resulta necesario continuar investigando sobre la duración óptima del contacto, su efecto en diferentes poblaciones y su relación con la lactancia a medio y largo plazo. Los resultados de Coolijmans et al.⁽⁸⁾, Daniels et al.⁽⁴⁾ y Mehta⁽¹⁵⁾ muestran que la duración y la adherencia pueden ser variables relevantes, pero también evidencian que todavía existen preguntas sin resolver.

CONCLUSIONES

La evidencia analizada muestra una asociación favorable entre el contacto piel con piel inmediato y el inicio precoz de la lactancia materna. Esta relación se observa en diferentes modalidades de parto, aunque

la cesárea continúa presentando mayores dificultades organizativas para garantizar un contacto inmediato y sin interrupciones.

Los estudios seleccionados también muestran asociaciones entre una mayor duración del contacto piel con piel y determinados resultados relacionados con la lactancia, especialmente en recién nacidos prematuros. Sin embargo, la evidencia no permite afirmar que el contacto, por sí solo, determine la duración posterior de la lactancia, ya que intervienen factores relacionados con la adherencia, las características maternas y neonatales y el contexto asistencial.

La oxitocina constituye uno de los mecanismos fisiológicos relevantes para comprender la relación entre contacto físico, lactancia y recuperación materna, aunque los resultados disponibles muestran que su papel es complejo y debe diferenciarse entre secreción endógena y administración farmacológica intraparto.

Desde la práctica enfermera, los resultados respaldan la necesidad de favorecer el contacto piel con piel precoz y continuado, reducir las separaciones no justificadas clínicamente y desarrollar protocolos que permitan su aplicación también después de la cesárea. La formación de los profesionales y la coordinación multidisciplinar son elementos fundamentales para trasladar la evidencia disponible a una práctica asistencial homogénea.

En conjunto, el contacto piel con piel debe considerarse una intervención de bajo coste y alto interés asistencial que puede contribuir al establecimiento de la lactancia y al fortalecimiento del vínculo materno-filial, aunque son necesarios estudios adicionales que permitan determinar con mayor precisión la duración óptima de la intervención y sus efectos a medio y largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brimdyr K, Cadwell K, Stevens J, Takahashi Y. An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Matern Child Nutr.* 2018;14(2):e12571. doi:10.1111/mcn.12571.
2. Lau Y, Tha PH, Ho-Lim SST, Wong LY, Lim PI, Zaini Marttar BCN, et al. An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. *Matern Child Nutr.* 2018;14(1):e12492. doi:10.1111/mcn.12492.
3. Marín Gabriel MA, Olza Fernández I, Malalana Martínez AM, González Armengod C, Costarelli V, Millán Santos I, et al. Intrapartum synthetic oxytocin reduce the expression of primitive reflexes associated with breastfeeding. *Breastfeed Med.* 2015;10(4):209–213. doi:10.1089/bfm.2014.0156.
4. Daniels F, Sawangkum A, Kumar A, Coombs K, Louis-Jacques A, Ho TTB. Skin to skin contact correlated with improved production and consumption of mother's own milk. *Breastfeed Med.* 2023;18(6):483–488. doi:10.1089/bfm.2022.0297.
5. Kim CY, Smith NP, Teti DM. Associations between breastfeeding, maternal emotional availability, and infant-mother attachment: the role of coparenting. *J Hum Lact.* 2024;40(3):455–463. doi:10.1177/08903344241247207.
6. Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra: OMS; 1998.
7. Ministerio de Sanidad. Estrategia de atención al parto normal. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2007.
8. Cooljmans KHM, Beijers R, Brett BE, de Weerth C. Daily skin-to-skin contact in full-term infants and breastfeeding: secondary outcomes from a randomized controlled trial. *Matern Child Nutr.* 2022;18(1):e13241. doi:10.1111/mcn.13241.
9. Costa Romero M, Lalaguna Mallada P, Díaz Gómez NM. Contacto piel con piel tras un parto por cesárea. Puesta al día y propuesta de actuación. *Rev Esp Salud Publica.* 2020;93:e201902006.
10. Gribble K, Marinelli KA, Tomori C, Gross MS. Implications of the COVID-19 pandemic response for breastfeeding, maternal caregiving capacity and infant mental health. *J Hum Lact.* 2020;36(4):591–603. doi:10.1177/0890334420949514.
11. Saxton A, Fahy K, Rolfe M, Skinner V, Hastie C. Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: results of a cohort study. *Midwifery.* 2015;31(11):1110–1117. doi:10.1016/j.midw.2015.07.008.
12. Cooljmans KHM, Beijers R, Rovers AC, de Weerth C. Effectiveness of skin-to-skin contact versus care-as-usual in mothers and their full-term infants: study protocol for a parallel-group randomized controlled trial. *BMC Pediatr.* 2017;17:154. doi:10.1186/s12887-017-0906-9.
13. Modak A, Ronghe V, Gomase KP. The psychological benefits of breastfeeding: fostering maternal well-being and child development. *Cureus.* 2023;15(10):e46730. doi:10.7759/cureus.46730.
14. Mendu SB, Neela AR, Tammali S, Kotha R. Impact of early bonding during the maternal sensitive period on long-term effects: a systematic review. *Cureus.* 2024;16(1):e53318. doi:10.7759/cureus.53318.
15. Mehta R. Extended kangaroo mother care: examining the utility of skin-to-skin contact over the first year of life. *Infant Behav Dev.* 2025;79:102055. doi:10.1016/j.inbeh.2025.102055.



COLEGIO OFICIAL NAFARROAKO
DE ENFERMERAS ERIZAINEN
DE NAVARRA ELKARGO OFIZIALA