

LACTANCIA NATURAL HOY VERSUS ANTAÑO

Baroncio Correa Ceballos

Doctor en Medicina y Cirugía

Especialista en Obstetricia y Ginecología

M^a. Nélide Rancel Torres

Profesora Titular de Histología de la Universidad de La Laguna

Elena Correa Rancel

Profesora contratada de la Universidad Europea de Madrid

Marta Díaz Gómez

Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Pediatría

Resumen

El trabajo valora la prevalencia de la lactancia natural en la población actual, comparado con lo sucedido en los años de la postguerra, a través del estudio de 300 historias actuales y un centenar de hace 60 años. Los resultados más importantes señalan que las mujeres actuales lactaron un 5% menos y 4 meses menos que las históricas, apoyadas en la seguridad de las leches artificiales vigentes. Se citan numerosas razones, aludidas por las mujeres, para no iniciar y para suspender la lactancia. Trabajar “fuera” fue negativo. Los métodos anticonceptivos usados más frecuentemente: *coitus interruptus* y preservativo, no tienen interferencia con la lactopoyesis. La conclusión más importante es que las mujeres actuales amamantan menos a sus hijos y numerosas circunstancias son favorables a no lactar. Finalmente se aboga por dar más difusión de las ventajas de amamantar y más apoyo a las madres.

Palabras clave: Lactancia materna, duración, interrupción, trabajo, anticoncepción.

NATURAL BREASTFEEDING: TODAY VERSUS YESTERDAY

Abstract

An assessment of the prevalence of natural breastfeeding in the present population compared to women in the post-war years has been carried out throughout a study of 300 medical histories between the years 1995-2005 and 100 from 60 years ago. The main results show that women nowadays breastfed 5% less and 4 months less than women in the post-war years as a result of the confidence they have in the different kinds of artificial milk presently available. The youth of the mothers was a positive factor in breastfeeding whereas caesarean section was unfavourable. Numerous reasons given by women for not starting and for stopping breastfeeding are included here. Going out to work was negative. The contraceptive methods used most frequently ("coitus interruptus" and condoms) had no effect on lactogenesis. The main conclusion indicates that women nowadays breastfeed their children less and numerous circumstances influence their decision to stop or not to start suckling their babies. The advantages of breastfeeding should be given greater emphasis and there should be more support offered to mothers in this regard.

Keywords: Breastfeeding, duration, termination, work, contraception.

ALLAITEMENT NATUREL AUJOURD'HUI FACE AU PASSÉ

Résumé

Ce travail met en valeur l'avantage de l'allaitement naturel dans la population actuelle, comparé avec ce qui est arrivé pendant les années de la post-guerre, à travers l'étude de 300 cas actuels et une centaine d'il y a 60 ans. Les résultats les plus importants signalent que les femmes actuelles allaitent un 5% de moins et 4 mois de moins que celles d'avant, confiant sur la sécurité des laits artificiels d'aujourd'hui. On y cite de nombreuses raisons, mentionnées par les femmes, pour ne pas initier et pour arrêter l'allaitement. Travailler hors de la maison a été négatif. Les méthodes anticonceptionnelles utilisées le plus fréquemment : « coitus interruptus » et préservatifs, n'ont pas d'interférence avec la lactation. La conclusion la plus importante est que les femmes actuelles allaitent moins leurs enfants et de nombreuses circonstances sont favorables pour ne pas allaiter. Finalement, on y plaide une diffusion plus importante des avantages de l'allaitement et davantage d'appui aux mères.

Mots clef: Lactation maternelle, Durée, interruption, travail, anticonception.

Lactancia natural hoy versus antaño

Introducción

La finalidad de la lactancia es que el niño se alimente bien y se desarrolle adecuadamente con los nutrientes más idóneos. La leche materna es el mejor alimento que puede recibir un recién nacido, superior a las que tengan otro origen, porque lleva los componentes más semejantes a su propia estructura por la proximidad genética. Los niños amamantados por sus madres son más sanos y se desarrollan mejor. Es un reto conseguir que más madres amamanten durante más tiempo. Recomiendan la OMS y la UNICEF que las mujeres amamanten un mínimo de 6 meses, lactancia exclusiva (Kramer *et al.*, 2002), porque repercute positivamente en el desarrollo y en la salud de los niños, las madres pierden peso, disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama y tiene, además, unas repercusiones afectivas beneficiosas que genera el contacto físico entre la madre y el hijo. Se aconseja que se prolongue la lactancia durante 2 años con la alimentación complementaria correspondiente (Underwood, 1978).

Muchos autores se han ocupado de analizar la prevalencia de la lactancia en distintos lugares y circunstancias y los resultados han sido variados y dispares. La edad, el tiempo de lactancia, los partos quirúrgicos, la patología de la madre y los neonatos, el trabajo materno y muchas otras circunstancias interfieren de forma negativa en la lactancia natural (Cakmak *et al.*, 2006, Hwang *et al.*, 2006, Kimbro 2006). En general, se tiende a incrementar el número de madres lactantes y el tiempo que lactan como medio para mejorar el bienestar de sus hijos, suponiendo también un alivio económico. Sin embargo, la realidad es muy distinta, y muchas madres no lactan por desarraigo o por desconocimiento. En los años 70, en España, se observó una caída en la dedicación a la lactancia, y esta situación se fue recuperando en los años siguientes.

Nosotros hemos comparado lo que pasaba antes de esa fecha con lo que ocurrió después. No hay razones científicas que recomienden suspender la lactancia a una edad determinada. La edad antropológica del destete, en el humano, debe situarse entre los 4 y los 6 años, meta inalcanzable en nuestro tiempo.

Material y Métodos

Se revisaron las historias de 400 mujeres: 300 correspondían a pacientes de los

últimos 10 años, 1995-2005, época de la abundancia; y 100 casos antiguos, 10 años elegidos entre 1935-1945, período muy significativo en nuestro país, por los conflictos bélicos que se vivían; época de la escasez.

Resultados

Refiriéndonos a la cuantía de mujeres que se decidieron por la lactancia, se encontró que las mujeres actuales se implicaron en la lactancia en un 75% y en el grupo de madres de la postguerra se comprometieron en mayor número, un 80%, o sea, un 5% más. Pero también el tiempo dedicado a la lactancia natural fue distinto: las actuales consiguieron lactar tres meses en el 34% de los casos, pero luego fueron abandonando y al cabo de un año seguía dando el pecho sólo un 2% de las madres. El tiempo medio de lactancia fue 3,5 meses. En cambio, las mujeres del grupo histórico seguía lactando después de un año en un 25%, que supone un 23% más que el grupo actual, y esas mujeres lo hicieron un promedio de 7,5 meses, que representa 4 meses más que el grupo actual. Es decir, las mujeres actuales lactaron en menor número, 5% y menos tiempo de lactancia, 4 meses menos (Figura 1).

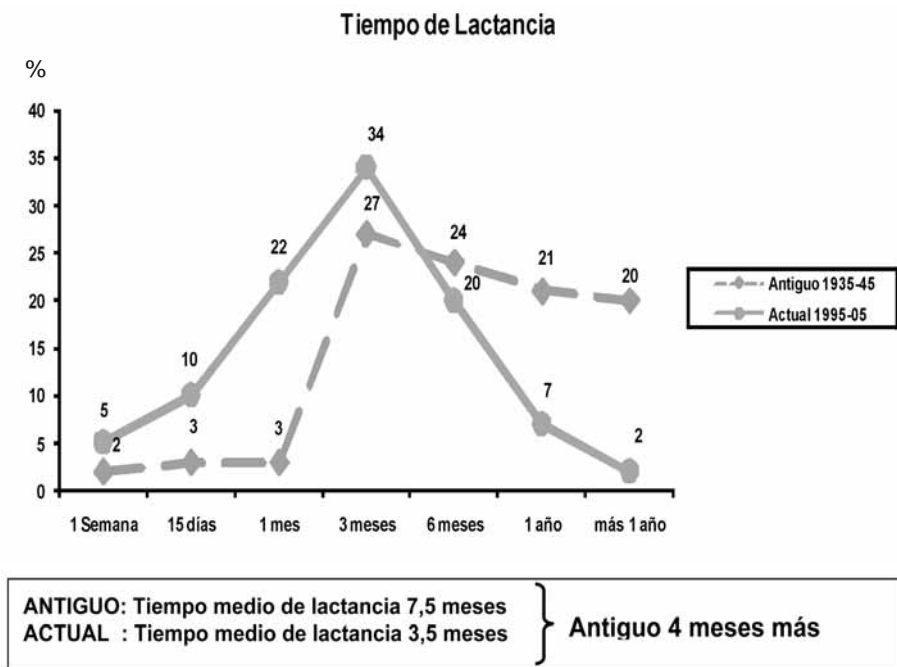


Figura 1.

Curiosamente la edad media de las mujeres lactantes del grupo histórico, 25,6 años, fue muy similar al de las actuales, 26,1 años. Cuando comparamos las mujeres más jóvenes y mayores de los dos grupos implicados en la lactancia encontramos que las menores de 20 años lactaron un 4% más que la media, tanto en el grupo actual como en el histórico. Y si nos referimos a las mayores de 35 años encontramos que tanto las del grupo actual como del histórico lactaron menos que la media y menos que las jóvenes, demostrando que la juventud de las madres estuvo a favor de amamantar (Figura 2).

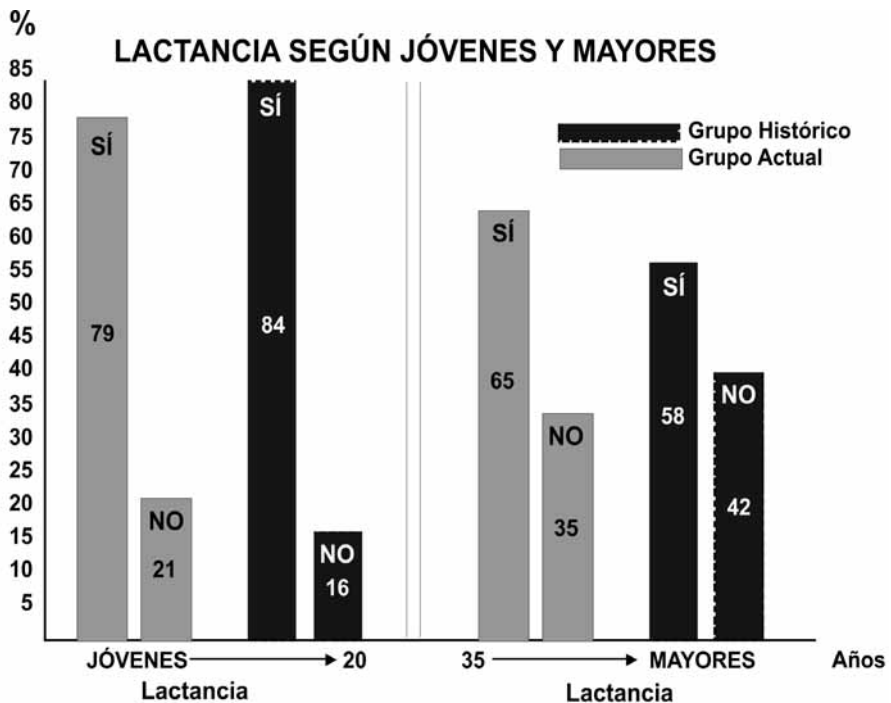


Figura 2.

Numerosas circunstancias que en estos momentos acompañan al hecho de la maternidad y que eran más raros en los tiempos pasados, están influyendo en la preponderancia de la lactancia natural. Por ejemplo, la cesárea, que en nuestro material comprometió al 17,3% de las mujeres y resultó desfavorable para la lactancia, disminuyendo en un 12% con respecto a la media (75%). La tabla 1 recoge las razones dadas por las madres para no implicarse en la lactancia y la tabla 2 las dadas para suspenderla una vez iniciada.

| Razón | Comentario | Grupo actual (%) | Grupo histórico (%) |
|--|--|------------------|---------------------|
| Fallo de la coordinación materno-fetal | Niño no mama, mama no segrega | 64 | 64 |
| Cirugía materna | Cesárea, ligadura trompas, legrado puerperal | 9 | 0 |
| Problema fetal | Prematuridad, hospitalización y síndrome de Down | 8 | 12 |
| Ingesta de fármacos | Por infecciones o problemas psíquicos | 7 | 0 |
| Problemas sociales | Separación matrimonial, cambio de domicilio | 6 | 12 |
| Cirugía plástica mamaria | | 4 | 0 |
| Anomalías del pezón | | 2 | 12 |

Tabla 1: Razones dadas por las mujeres que no se implicaron en la lactancia.

| Razón | Grupo actual (%) | Grupo histórico (%) |
|--|------------------|---------------------|
| Poca leche, se secó, el recién nacido no gana peso | 34 | 18 |
| El niño la rechaza, llora | 11 | 26 |
| Incorporación al trabajo | 9 | 8 |
| Problemas mamarios: grietas, mordeduras | 7 | 0 |
| Cumplido el tiempo de lactancia previsto | 7 | 0 |
| Enfermedad materna | 5 | 0 |
| Causas psicosociales | 4 | 0 |
| La leche materna no sirve (¡aún se dice!) | 3 | 5 |
| Nuevo embarazo | 2 | 11 |

Tabla 2: Razones dadas por las madres para suspender la lactancia.

La inhibición farmacológica de la lactancia fue mayor en las mujeres que no iniciaron lactancia (30%) que en las que suspendieron (9%). Realmente pocas de las razones aludidas tanto para no iniciar como para suspender la lactancia tenían que ver con la producción de leche. Con un pequeño diálogo podía haberse conseguido que las mujeres entendieran que era mejor lactar.

Otra circunstancia que tiene un mayor peso en las mujeres de ahora es el trabajo fuera de casa. En nuestro grupo actual el número de mujeres que trabajaba fuera del hogar fue de un 41% mayor que en grupo histórico, y el abanico de ofertas actuales también fue más rico, reflejando los profundos cambios que ha

sufrido nuestra sociedad, permitiendo la incorporación de más mujeres a la vida laboral (tabla 3).

Exponemos una lista de los trabajos reflejando los porcentajes de dedicación del grupo actual comparados con los del grupo histórico (entre paréntesis)

| Sector de empleo de las madres | Grupo actual (%) | Grupo histórico (%) |
|--------------------------------|------------------|---------------------|
| Tiendas y supermercados | 22 | 6 |
| Servicios sanitarios | 20 | 2 |
| Hostelería | 16 | 3 |
| Agricultura-Ganadería | 16 | 59 |
| Administración | 12 | 3 |
| Artesanía | 11 | 8 |
| Enseñanza | 9 | 8 |

La repercusión del trabajo en la lactancia fue notable. En el grupo actual las madres que no trabajaban pudieron dedicarse a la lactancia en un 9% más que en las trabajadoras; y en el grupo histórico, trabajar fuera redujo en número de lactantes en un 4% (Figura 3).

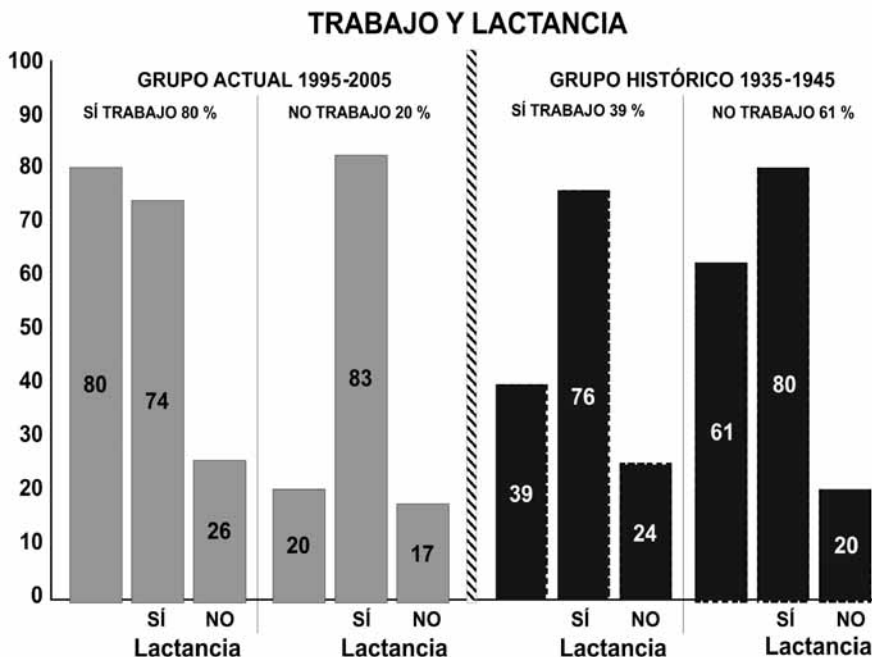


Figura 3

El uso de métodos anticonceptivos durante la lactancia se presenta en la figura 4. Se observa como preservativo y “coitus interruptus” se mantienen equivalentes antes y ahora, disminuyendo el “coitus interruptus” en el grupo actual a favor de preservativo. Se observa frecuencia estable de la abstinencia, alrededor del 12%. El método MELA, de lactancia exclusiva, se usó más en el grupo histórico (19% frente al 5%). La esterilización quirúrgica fue importante y está asociada a la alta incidencia de cesáreas. La minipíldora de gestágenos, el DIU, la vasectomía, la píldora del día después son propias de los tiempos modernos. En el apartado “otros” se incluye ducha vaginal y las esponjas empapadas en soluciones espermicidas, hoy poco usadas.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS DURANTE LA LACTANCIA

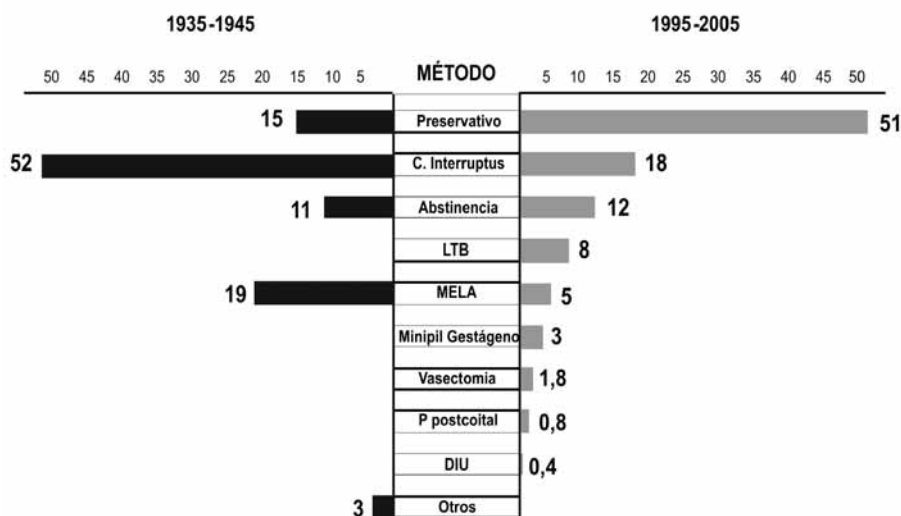


Figura 4

Discusión

El número de mujeres que lactaron, en nuestros dos grupos, fue superior al considerado deseable del 75% de las madres (Mataix Verdú 2002, Muñoz 1999); sin embargo, el tiempo de lactancia no alcanzó el óptimo de 50% persistiendo a los seis meses. Nuestros resultados, en las actuales 3,5 meses de lactancia media y 20% lactando a los seis meses; y en las históricas 7,5 meses de media y 24% a los 6 meses, están muy próximos a los encontrados en la literatura (Giovannini *et al.*, 2005). Otros más pobres (Treffers 1999), en Holanda con sólo 16,9% a los tres meses fueron atribuidos por su autor al uso de anticonceptivos

orales combinados precozmente, mientras lactaban, y en la misma línea Ward *et al.* (2004) y Flores *et al.* (2005) en Méjico; y otros más ricos como Grijbovski *et al.* (2005) en Rusia que encontró un 75% lactando a los 6 meses y persistía un 47% al sexto mes.

Las mujeres actuales menosprecian la importancia de la lactancia natural al abrigo de la mejor oferta de leches artificiales de buena calidad, y la mejor disposición económica para adquirirlas. Las familias en los años 40 tenían una economía más precaria y las leches maternizadas eran caras, sin la perfección tecnológica actual y conducían, con frecuencia, a despeños diarreicos de los niños con la consiguiente deshidratación y peligro de su vida. Por ello, era más importante esforzarse en la lactancia natural por sí mismas o mediante nodrizas. Dejar de lactar hoy día tiene consecuencias más nefastas en los pueblos en desarrollo por lo que, en ellos la adhesión a la lactancia es superior a la nuestra.

Pocas mujeres consiguen hoy la meta óptima deseada (Scout *et al.*, 2006), aunque "in illo tempore" la lactancia se prolongara durante años. La edad media de nuestras lactantes fue mayor en el grupo actual, pero la diferencia escasa, inferior a un año, con el grupo histórico, no refleja la realidad. Hoy tenemos más embarazos tardíos y, por tanto, lactancias tardías. Ello se debe a un sesgo, anteriormente comentado. El factor edad- lactancia se detecta mejor cuando se estudian por separado mujeres jóvenes y mayores. Se encuentra entonces que la juventud estuvo a favor de "sí lactancia" tanto en el grupo histórico como en el actual. Sin embargo, ser mayor afectó negativamente a la lactancia, más en el grupo histórico. La juventud excesiva también es negativa para la lactancia (Pande *et al.*, 1997), pero en nuestro grupo no tuvimos mujeres tan jóvenes. La cesárea fue desfavorable para la lactancia, disminuyéndola un 12% respecto a la media. Resultados semejantes han sido comunicados por otros autores (Cakmak *et al.*, 2006, Hwang *et al.*, 2006).

Razones para no iniciar lactancia o para interrumpirla no faltaron, frugales y más relacionadas con conflictos sociofamiliares o profesionales que con el mecanismo de la lactopoyesis. Frecuentemente falta la técnica y el apoyo suficiente para inducir a las madres a lactar y establecer el vínculo afectivo adecuado para continuar (Hwang *et al.*, 2006, Mataix Verdú 2002, Muñoz, 1999). En nuestro grupo histórico inició lactancia un 5% más que en el actual, y la interrupción de la lactancia iniciada fue más frecuente en el grupo actual.

El uso de medicación antiprolactinémica fue mayor en las madres que interrumpieron lactancia que en las que no la iniciaron. Es necesario proveer de apoyo institucional a las mujeres menos dispuestas a continuar lactando

(Pande *et al.*, 1997). Estudios sobre factores que influyen en el tiempo de lactancia (Pande *et al.*, 1997), destacan que las mujeres que empezaron la lactancia pronto, a menos de 2 horas del parto, lograban llegar más fácilmente a los 6 meses de lactancia exclusiva, y que los partos ocurridos entre las 21 y 24 horas lactaban menos tiempo. Así mismo, los niños respecto a las niñas, las solteras y las muy jóvenes.

Nuestras mujeres actuales trabajan un 41% más que las antiguas, y la oferta laboral de hoy es muy amplia. Trabajar fuera del hogar disminuyó la lactancia en un 9% del grupo actual, y bastante menos, 4% en el grupo histórico. Otros autores encontraron esta correlación negativa entre lactancia y trabajo: Kimbro (2006) y Hwang *et al.*, (2006) en Corea, Scott *et al.* (2006) en Escocia y Ong *et al.* (2005) en Singapur. Destacamos la labor beneficiosa de los grupos de apoyo a la lactancia y la conveniencia de mejorar las normativas empresariales con respecto a estas mujeres.

La mayoría de las parejas utilizaban los métodos anticonceptivos de siempre: preservativo, *coitus interruptus* y abstinencia en un porcentaje parecido antes y ahora, 81% de las actuales, 78% de las antiguas, aunque el preservativo tiene más protagonismo hoy. Los métodos quirúrgicos tienen menor representación. Están más estabilizados en la mujer y en franco avance en el varón (vasectomía). Los gestágenos, introducidos recientemente, incrementan su incorporación en forma de implantes, DIU (Taneepanichskul *et al.*, 2006), o de minipíldora (Laukaran 1981, Sánchez Borrego *et al.*, 2003).

Queremos subrayar los siguientes aspectos de la lactancia natural: desde el punto de vista de la salud, los niños alimentados con leche materna, están más sanos y resisten mejor las enfermedades ya que disponen de defensas que la madre transmite según su propia inmunidad. La leche materna es personal e intransferible para el niño y la más cercana a su propia constitución, y ninguna otra puede estar tan próxima genéticamente. Mejora el equilibrio ponderal consiguiendo regular el peso, no acumulando tejido graso en exceso, lo cual, de modo secundario también constituye un mecanismo de defensa contra la enfermedad. Desde el punto de vista psíquico, estos niños amamantados mucho tiempo mejoran en su contacto con la madre a través de la succión estableciendo una relación materno-filial mucho más sólida y confiere mayor estabilidad emocional para ambos, madre e hijo. Desde la óptica de la comodidad de la madre resulta mucho más fácil poner el niño al pecho que preparar todo el protocolo de esterilización de los biberones, del agua para preparar una leche maternizada que interrumpe el sueño materno y aumenta el cansancio que la crianza acarrea durante los primeros meses. No cabe duda que el riesgo de alteraciones digestivas vinculadas con la alimentación a través

del biberón disminuye. Desde el punto de vista de la economía, la lactancia natural es muy importante en una familia con ingresos medios.

La lactancia natural, cuando puede ser, es una bendición para el recién nacido y para la familia, y cuando no se puede, sabemos que se dispone de leches maternizadas de gran calidad. Desde que nos interesamos por estas cuestiones de la lactancia materna hemos observado un aumento de la inquietud en la población por este tema. Hemos coincidido en nuestro interés con un momento de movilización general en el mismo sentido, y ahora constatamos que las mujeres se suben al tren y están prolongando sus tiempos de lactancia significativamente, lo cual es un motivo de alegría para los que luchamos en esa dirección.

Conclusiones

- 1) Un tercio de las mujeres actuales no amamantan a sus hijos; las históricas lo hacían un 5% más.
- 2) El tiempo medio de lactancia actual fue de 3,5 meses, 4 meses menos que el grupo histórico, que fue 7,5 meses.
- 3) La edad media de las lactantes fue mayor en las actuales.
- 4) La juventud de las madres estuvo a favor de sí lactar, un 14% más que las mayores.
- 5) La cesárea limitó la lactancia en un 12% menos que la media.
- 6) Se constata que con suma facilidad se encontraron razones para no lactar y, así mismo, para suspender la lactancia iniciada, circunstancias que fueron más acentuadas en el grupo actual.
- 7) Las madres actuales trabajaban 80% y las antiguas 39%. Trabajar fuera de casa fue favorable para no lactancia y para lactar menos.
- 8) Entre los métodos anticonceptivos *coitus interruptus* y preservativo ocuparon los primeros puestos, más de la mitad de los casos. Los métodos quirúrgicos definitivos son procedimientos de los últimos años.
- 9) Aunque nuestros resultados están dentro de la tónica general, hay que trabajar para conseguir que más mujeres amamanten a sus hijos durante más tiempo.

Referencias

AHLUWALIA IB, MORROW B, HSIA J, (2005). Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics*, 116 (6): 1408-1412.

CAKMAK H, KUGUOGLU S, (2006). Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *Int J Nurs Stud*, Jul 10.

FLORES M, PASQUEL MR, MAULEN I, RIVERA J, (2005). Exclusive breastfeeding in 3 rural localities in Mexico. *J Hum Lact*, Aug; 21 (3): 276-283.

GIOVANNINI M, RIVA E, BANDERALI G, SALVIONI M, RADAELLI G, AGOSTONI C, (2005). Exclusive versus predominant breastfeeding in Italian maternity wards and feeding practices through the first year of life. *J Hum Lact*, 21 (3): 259-265.

GRJIBOVSKI AM, YNGVE A, BYGREN LO, SJOSTROM M, (2005). Socio- demographic determinants of initiation and duration of breastfeeding in northwest Russia. *Acta Paediatr*, May; 94 (5): 588- 594.

KRAMER MS, KAKUMA R, (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*; (1): CD003517.

HWANG WJ, CHUNG WJ, KANG DR, SUH MH, (2006). Factors affecting breastfeeding rate and duration. *J Prev Med Pub Health*, Jan; 39 (1): 74-80.

KIMBRO RT, (2006). On- the- job moms: work and breastfeeding initiation and duration for a sample of low- income women. *Matern Child Health J*, Jan; 10 (1): 19-26.

LAUKARAN VH, (1981). Contraceptive choices for lactating women: suggestions for postpartum family planning. *Stud Fam Plann*, Apr; 12 (4): 156- 163.

MATAIXVERDÚ J, EDS (2002). Nutrición y alimentación humana. II Situaciones fisiológicas y patológicas. Ed. Ergon: p. 819-833.

MUÑOZ F, (1999). Lactancia materna. En: *Pediatría integral*; 1: 159-166.

ONG G, YAP M, LI FL, CHOO TB, (2005). Impact of working status on breastfeed-

ing in Singapore: evidence from the National Breastfeeding Survey 2001. *Eur J Public Health*, Aug; 15 (4): 424- 430.

PANDE H, UNWIN C, HAHEIM LL, (1997). Factors associated with the duration of breastfeeding: analysis of the primary and secondary responders to a self-completed questionnaire. *ActaPaediatr*, Feb; 86 (2): 173- 177.

SÁNCHEZ BORREGO R, MARTÍNEZ PÉREZ O (2003). Guía Práctica en anticoncepción oral basada en la evidencia. Páginas 274- 279. Ed. Emisa Depósito Legal M-19521-2003.

SCOTT JA, BINNS CW, ODDY WH, GRAHAM KI, (2006). Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*, Apr; 117 (4): 646- 655.

TREFFERS PE, (1999). Breastfeeding and contraception. *Ned Tijdschr Geneeskd*, Sep 18; 143 (38): 1900-1904.

TANEEPANICHSKUL S, REINPRAYOON D, THAITHUMYANON P, PRAISUWANNA TO-SUKHOWONG P, DIEBEN T, (2006). Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breastfed infants. *Contraception*, Apr; 73 (4): 368- 71.

UNDERWOOD BA, (1978). Timely and appropriate supplementation of breast milk. *DGHS Chron Dec*; 14 (12): 9- 10.

WARD M, SHERIDAN A, HOWELL F, HEGARTY I, O'FARRELL A, (2004). Infant feeding: factors affecting initiation, exclusivity and duration. *Ir Med J*, Jul- Aug; 97 (7): 197-199.