



## ORIGINAL BREVE

### Factores socioculturales y perinatales relacionados con la lactancia materna exclusiva

María Antonia García-López\* y Olga Ros-Bas

*Centro de Salud Mazarrón, Gerencia Atención Primaria Cartagena, Murcia, España*

Recibido el 23 de febrero de 2009; aceptado el 13 de julio de 2009

Disponible en Internet el 6 de noviembre de 2009

#### PALABRAS CLAVE

Lactancia maternal;  
Prevalencia;  
Inmigración;  
Cesárea

#### Resumen

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) en la zona básica de Mazarrón y los factores socioculturales y perinatales que pueden influir en la LME.

**Método:** Estudio observacional descriptivo transversal. Realizado en el Centro de Salud de Mazarrón, Gerencia de Atención Primaria de Cartagena, Área II, Murcia. Participaron todos los niños nacidos entre el 01/11/04 y el 30/11/05 y sus madres (236 niños). Se realizó una entrevista dirigida por la enfermera en la revisión de 15 meses. El cuestionario consta de trece preguntas, incluye variables perinatales (sexo, raza, nacido en España, peso al nacer, prematuridad, gemelaridad, n.º de hermanos, etc.), maternas (tipo de parto, edad, n.º de hijos, nacionalidad, nivel de estudios y ocupación) y otra acerca del n.º de meses de LME.

**Resultados:** El n.º de madres que respondieron al cuestionario fue del 89,8% (212). La prevalencia en el inicio de LME es del 75,4% de los niños (156). La duración media de LME es de 2,99 meses. La edad media materna es de 31,26 años y el 45,9% de las madres no trabaja (89). El menor porcentaje de LME es en niños varones, prematuros y procedentes de cesárea.

Influyen de manera positiva para la LME la población de origen materno, donde las que más lactan son las mujeres procedentes de África.

**Conclusiones:** La prevalencia en el inicio de LME en la zona de salud es elevada. Los factores maternos que más influyen son la población de origen materno y el tipo de parto.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maragarlo@hotmail.com](mailto:maragarlo@hotmail.com) (M.A. García-López).

**KEYWORDS**

Breastfeeding;  
Prevalence;  
Immigration;  
Cesarean

**Socio-cultural and perinatal factors associated with exclusive breast feeding****Abstract**

**Objective:** To determine the prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) in a Basic Health Area, and the maternal factors and socio-cultural perinatal problems related to the initiation and maintenance of the EBF.

**Method:** Observational, cross-sectional study. The study was carried out in Mazarrón Health Center (Cartagena Primary Care Management, Area II, Murcia). The participants of the study were all the children born between 11/01/2004 and 11/30/2005 along with their mothers (236 children overall). The study consisted of an interview that was conducted by a nurse during the 15 months check-up. The questionnaire was made up of thirteen questions including, sex, race, place of birth, weight, birth weight, prematurity, number of siblings (Perinatal care variables), and others, such as, age, number of children, nationality, education and occupation (maternal variables) and one question on the number of EBF months.

Those children who did not attend the health center and those who were not found during the data collection period did not participate in the research.

**Results:** The number of mothers who responded to the questionnaire was 89.8% (212). The prevalence at the beginning of EBF is 75.4% (156) of all children. The average length of EBF is 2.99 months.

The average maternal age is 31.26 years. The percentage of mothers who did not work was 45.9% (89). The lowest percentage of EBF is found in premature boys born by caesarean. Maternal origin positively influences EBF. The women with the greatest breastfeeding capacities are African.

**Conclusions:** Both the prevalence at home and the average length of the EBF in the Health Area are high; the most influencing maternal factors are maternal origin and the type of childbirth.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Qué se conoce**

En distintos estudios sobre la prevalencia de la lactancia se afirma que la experiencia previa, la información recibida y el apoyo del entorno de la madre son factores que influyen en el éxito de la lactancia materna exclusiva.

**Qué aporta**

El estudio nos permite conocer el número de niños que inician lactancia materna exclusiva (LME) y el tiempo que la mantienen, identificando algunos factores que influyen en la LME, como el origen materno, el tipo de parto, el sexo y la prematuridad de los niños.

**Introducción**

Está demostrado científicamente que los niños alimentados con lactancia materna presentan menor morbilidad infantil y que beneficia también a la madre, a la familia y a la comunidad<sup>1,2</sup>.

La OMS reconoce que la gran mayoría de las mujeres (más del 97%) son fisiológicamente capaces de dar el pecho a sus

hijos de modo satisfactorio hasta los dos años o más. La OMS recomendó mantener la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida e identificar los obstáculos biológicos y sociales de la LME en diferentes entornos geográficos y culturales<sup>3,4</sup>.

Definimos LME como la alimentación exclusiva de leche materna, sin leches adaptadas, cereales, zumos de frutas u otros alimentos, como papillas.

En 1996, se formó el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (CLMAEP). Una de las primeras actividades fue realizar un estudio para conocer la prevalencia de la lactancia en España y los factores sociales, culturales o técnicos que la influyen<sup>5</sup>.

Tras estos estudios, se confirmó una leve recuperación de la lactancia<sup>6</sup>. Se llegó a la conclusión de que España ofrece datos mejorables, sobre todo en el mantenimiento a los 3 y a los 6 meses, en los niños pretérminos, procedentes de cesáreas, madres jóvenes y de menor nivel cultural<sup>7</sup>.

Mazarrón es una zona rural dedicada al sector agrícola principalmente. Su situación geográfica dentro del arco mediterráneo, rodeado de macizos montañosos que lo aíslan, la ha dotado de una serie de características que han ido conformando su talante, fruto de la diversidad de pueblos y culturas que se han asentado en su territorio, siendo el municipio de Murcia el que presenta un mayor porcentaje de población extranjera.

Cuenta con una población que sobrepasa los veintinueve mil habitantes. La mayoría de las mujeres dan a luz en el

hospital público de referencia que está a más de treinta minutos de trayecto. El área de salud carece de hospital maternal privado. El área de Pediatría del Centro de Salud cuenta con tres pediatras y dos enfermeras, que atienden a una población pediátrica de 2.724 niños.

La matrona realiza actividades de promoción de la lactancia en la consulta de embarazo y la educación maternal grupal, y del mantenimiento de ésta se encarga el área de Pediatría, no existiendo grupos de apoyo a la lactancia materna.

El objetivo general es conocer la prevalencia de LME de la zona básica de salud (Mazarrón), área II, Murcia así como la influencia de factores socioculturales y perinatales que pueden influir en la LME.

## Método

Estudio observacional descriptivo transversal.

La población objeto de estudio han sido todos los niños nacidos entre el 01/11/04 y el 30/11/05 adscritos al Centro de Salud (una población total de 236 niños), sin existir criterio de exclusión.

Se realizó un pilotaje previo desde 01/01/2004 hasta 30/03/2004 con un cuestionario de trece preguntas con tres bloques bien diferenciados, donde se preguntaban aspectos perinatales de los niños, sociodemográficos de sus madres y una pregunta acerca de los meses que mantuvo la LME. Se entrevistó a 25 madres de niños de 15 meses para valorar la comprensión de las preguntas y para verificar la asistencia a

**Tabla 1** Datos perinatales y sociales de los niños

<i>Sexo, n (%)</i>	●Niño ●Niña	123 (58) 89 (42)
<i>Tipo de población según origen/raza, n (%)</i>	●Europea ●Gitana ●Africana ●Hispanoamericana ●Otra	138 (66,3) 13 (6,3) 23 (11,1) 34 (16,3) 0 (0)
<i>Nacimiento en España, n (%)</i>	●Sí ●No	212 (100) 0 (0)
<i>Peso al nacimiento, n (%)</i>	●< 2.499 g ●De 2.500–3.499 g ●> 3.500 g	19 (9,2) 118 (58,2) 66 (31)
<i>Prematuridad, n (%)</i>	●Sí ●No	25 (12,7) 172 (87,3)
<i>Tipo de parto, n (%)</i>	●Cesárea ●Vaginal	54 (25,5) 158 (74,5)
<i>Gemelar, n (%)</i>	●Sí ●No	12 (5,7) 200 (94,3)
<i>Promedio edad materna</i>	Años	31,26 (30,51–32,09)
<i>Promedio n.º de hijos</i>	N.º de hijos	1,14 (0,9832–1,2968)
<i>N.º de hermanos, n (%)</i>	Primogénitos Un hermano Dos hermanos o más	64 (30,8) 85 (40,9) 59 (28,4)
<i>Nacionalidad madre, n (%)</i>	España Resto de Europa África América del Sur Otras	145 (68,7) 10 (4,7) 24 (11,4) 31 (14,7) 0 (0)
<i>Nivel estudios materno, n (%)</i>	●Educación básica, primaria o ninguna ●Educación media o secundaria ●Educación universitaria	76 (37,4) 104 (51,3) 23 (11,3)
<i>Ocupación materna, n (%)</i>	●Directivos, licenciados, diplomados, técnicos medios ●Cuadros intermedios, administrativos ●Trabajadores manuales cualificados o semicualificados ●Trabajadores no cualificados ●No trabaja	13 (6,7) 21 (10,8) 26 (13,4) 45 (19,6) 89 (45,9)

esta revisión. Tras este pilotaje, no hubo que cambiar ninguna pregunta, pero valoramos la necesidad de contar con la ayuda de un traductor para poder analizar a toda la población.

La recogida de datos fue en el período comprendido entre el 01/02/06 y el 31/05/07. No forman parte del estudio los niños de 15 meses no localizados durante el período de recogida de datos y los hijos de padres que no quisieron colaborar con el estudio (24 niños [10,16%]). En aquellos casos en los que no se pudo realizar la consulta programada en el Centro de Salud, la entrevista se realizó por teléfono (25 niños [10,59%]) y en el caso de madres que no comprendían castellano fue necesaria la intervención de un traductor (20 niños [8,47%]). Antes de realizar la entrevista, todos los padres firmaron un consentimiento informado.

La entrevista fue realizada por las enfermeras de Pediatría en la revisión de los 15 meses.

Se realizó un análisis de datos univariante, descriptivo y de frecuencias por cada ítem recogido. También se realizó un análisis bivariante aplicando las pruebas t-Student, ANOVA y/o Chi cuadrado, según se comparen variables cualitativas y/o cuantitativas. Se estableció el nivel de significación estadística  $p < 0,05$ .

El tratamiento estadístico se realizó con paquete SPSS 11.0.

## Resultados

La tasa de respuesta conseguida es del 89,8% (212). La edad media materna es de 31,26 años y el 45,9% de las madres no trabaja; las características sociodemográficas y laborales de las madres aparecen reflejadas en la [tabla 1](#).

Encontramos en nuestra población una media de LME de 2,99 meses (2,60–3,382), donde el 24,6% (51) no inicia LME, el 15,9% (33) inicia LME y la mantiene durante 1 mes, el 18,9% (39) la mantiene 2–3 meses y el 19,3% (40) la mantiene 4–5 meses, llegando a los 6 meses o más el 21,3% (44).

Observamos que los varones lactan un promedio de 2,82 meses (2,56–3,09) y las niñas un promedio de 3,23 meses (2,93–3,54) ( $p = 0,68$ ).

Los niños primogénitos lactan una media de 2,78 meses (2,41–3,16), los segundos 2,78 (2,51–3,05) y los de familia numerosa una media de 3,54 meses de LME (3,13–3,95) ( $p = 0,22$ ).

No inician LME 28 (19,7%) de los niños nacidos por parto vaginal frente a 21 (38,9%) niños nacidos por cesárea; el mantenimiento de la LME es siempre superior en los niños nacidos con parto vaginal, llegando a los 4–5 meses 32 (22,5%) frente a 6 (11,1%) de los niños nacidos por cesárea. Mantienen LME 6 meses 34 (23,9%) de los niños con parto vaginal y sólo 7 (13%) niños nacidos por cesárea ( $p = 0,127$ ), no encontrando diferencias significativas en la comparación de los grupos, sin embargo, en la categoría de las que no inician LME, si se pueden definir diferencias significativas, ya que el tipificado corregido es mayor  $\pm 2$ .

De los 212 niños que participan, hay 18 valores perdidos (8,5%) al cruzar las variables meses de LME y prematuridad, por no contestar alguna de las dos preguntas. De los 194 niños que responden, 170 no son prematuros (87,6%) y 24 sí lo son (12,4%).

De los niños nacidos prematuros, 13 (54,2%) no inician LME frente a 35 (20,6%) niños nacidos a término que no la inician. Mantienen LME durante un mes 2 (8,3%) niños prematuros y 29 (17,1%) de los niños nacidos a término, llegan a 2–3 meses 6 (25,0%) prematuros y 31 (18,2%) de los niños a término, alcanzan 4–5 meses 2 (8,3%) prematuros y 35 (20,6%) a término y llegan a dar LME 6 meses 1 (4,2%) prematuro y 40 (23,5%) de los nacidos a término ( $p < 0,01$ ).

Las mujeres europeas dan LME una media de 2,44 meses (2,22–2,66), las gitanas 4,25 meses (3,51–4,99), las norte-áfrica-subsaharianas 4,76 meses (3,91–5,61) y las mujeres hispanoamericanas 3,79 meses (3,32–4,26) ( $p < 0,005$ ).

Las madres que no inician LME tienen una edad media de 32,52 años (31,73–33,31) frente a 30,39 años (29,56–32,22) de media de las madres que mantienen LME hasta los 6 meses ( $p > 0,005$ ).

## Discusión

Debido a que la tasa de respuesta es elevada (>80%), no es necesario ningún ajuste de los resultados.

La prevalencia del inicio es elevada, aunque el mantenimiento de LME encontrado nos sitúa lejos de los 6 meses de LME recomendados por la OMS<sup>3</sup>, e incluso por debajo de la media en estudios españoles similares<sup>8</sup>.

La edad media materna es de 31,26 años y el 45,9% de las madres no trabaja; estos datos maternos coinciden con estudios similares<sup>9</sup>.

En un 37,4% de las madres el nivel de estudios alcanzado es educación primaria, básica o ninguna y en un 11,3%, universitario.

Observamos menor tasa de inicio de LME en cesáreas, prematuros, niños varones y madres primíparas.

Las niñas mantienen LME más que los niños, y éstos en un alto número no inician la LME, hallazgos similares pueden encontrarse en otros estudios<sup>7</sup>.

Observamos que el 38,9% de los niños nacidos por cesárea no inicia LME. Según estudios revisados, el tiempo de lactancia aumenta considerablemente al iniciarla precozmente, lo que se ve dificultado por la rutina hospitalaria que obliga la separación madre–hijo durante las primeras horas en caso de cesárea, datos que coinciden con otros estudios<sup>5</sup>.

Sí es significativo estadísticamente que el 56,5% de los niños prematuros no inicia LME. La rigidez de los horarios y la suplementación con lactancia artificial no favorecen la LME, como reseña el CLMAEP<sup>5</sup>.

Observamos que influye la “cultura de la lactancia materna” según la población de origen, siendo las mujeres africanas las que más lactan, con un índice muy cercano a las recomendaciones de la OMS, seguidas por la etnia gitana, que tienen muy arraigadas las tradiciones culturales, y las hispanoamericanas (en nuestra población predominan las ecuatorianas, que distan mucho de las tasas de inicio de lactancia de su país de origen). El índice más bajo de LME lo tienen las mujeres caucasianas, donde más de una generación ha olvidado los modos y técnicas de la lactancia materna.

Parece que las madres más jóvenes son las que más lactan. Existe correlación negativa entre la variable edad materna y meses de LME, pero también se observa en los resultados

estadísticos que las madres más jóvenes son las de origen norteafricano, por lo que creemos que existe factor de confusión por el origen de la madre a la hora de afirmar que las madres más jóvenes son las que más LME mantienen.

El primer paso para seguir sería diseñar un ciclo de mejora, donde unificar los criterios de intervención en el equipo de Atención Primaria con el fin de aumentar la prevalencia de LME en los grupos donde hemos identificado que ésta es menor.

La duración media de LME es de 2,99 meses, consideramos una media elevada para ser LME.

Factores influyentes son el origen materno, donde lactan menos las de origen europeo y durante más tiempo las de origen norteafricano-subsahariano, y el tipo de parto, donde los niños nacidos por cesárea lactan menos. También influyen negativamente los niños varones y prematuros.

## Agradecimientos

Agradecemos en primer lugar la colaboración a todas las madres/padres y a los pequeños de nuestra zona de salud, ya que sin su participación este estudio no hubiese sido posible.

A nuestra compañera, Dña. M<sup>a</sup> Dolores Olivo Pérez por su ayuda y tiempo dedicado.

Especial reconocimiento se merecen D. Alfonso Miguel Muñoz Ureña y D. Francisco Pérez Aguilar de la Unidad Docente de nuestra Gerencia de Atención Primaria por el apoyo y asesoramiento en la elaboración de este trabajo.

A nuestros coordinadores, D. Juan Pedro González Nieto y D. Andrés Martínez Gómez por facilitarnos todo lo que hemos necesitado del Centro de Salud.

Por último, y no menos importante, a nuestras familias e hijos por la paciencia y la comprensión mostradas cuando dedicábamos parte de nuestro tiempo a la ciencia.

## Bibliografía

1. Pallás Alonso CR. Promoción de la lactancia materna. Recomendación. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. [citado 14 Ene 2008]. Disponible en: URL: [http://www.aepap.org/previnfad/rec\\_lactancia.htm](http://www.aepap.org/previnfad/rec_lactancia.htm).
2. Criado Rodríguez E. Lactancia materna. Retos y condicionantes sanitarios y socioculturales. Estrategia educativa. Rev Enferm. 1998;234:56-63.
3. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
4. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. A55/15. Abril 2002. Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/publications/gs\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf).
5. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre lactancia materna en España. An Esp Pediatr. 1999;50:333-40.
6. Hernández Aguilar MT. Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. En: Lactancia materna: guía para profesionales. Colección monografías AEP. 2004;5:31-45.
7. García Vera C, Martín Calma J. Lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal. Rev Pediatr Aten Primaria. 2000;2:373-87.
8. Bruch Crespíera M, Casas Baroy JC. Prevalencia y factores que se asocian al inicio y duración de la lactancia materna en el área rural del Lluçanès. Osona (Barcelona). Enferm Clin. 2001;1: 45-50.
9. Gómez-Galán R, López Gómez MJ. Lactancia natural en el área de salud de Mérida. Incidencia, duración y tendencias actuales; Enfermería Científica. 2003;(256-257):57-62.