

Influencia del trabajo materno sobre la lactancia natural

MR. Martínez Fernández*, J. Gonzalo Hombrados**, A. Sanz Rosado***,
B. Hindi y El Kassis*, MP. Martín Aranda****, AM. Canicatti Galiano***

*Pediatria. CS Mejorada del Campo.

**Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario "La Princesa".

***Medicina Familiar y Comunitaria. CS Mejorada del Campo.

****Medicina General. CS Mejorada del Campo.

Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5: 385-394

Resumen

Objetivos: Establecer si el abandono de la lactancia materna (LM) está influido por la incorporación a la actividad laboral de la madre tras el parto y si sus causas son distintas según trabaje o no. Secundariamente determinar las causas más frecuentes y la duración media de la LM.

Diseño: Estudio retrospectivo observacional basado en una encuesta de diseño y evaluación internos.

Material, métodos y población a estudio: Los pediatras realizaron un cuestionario a las madres durante la revisión del programa de Salud Infantil de los 12, 18 y 24 meses. Criterios de inclusión: recién nacido a término (RNT), sin ingreso al nacimiento, sin contraindicación absoluta de LM y que hubiera recibido LM durante al menos 24 horas.

Resultados: Fueron incluidos en el estudio 65 niños. La duración media de la LM en nuestra muestra es de 4,81 meses (DE 3,54). En las madres trabajadoras es de 4,31 meses (DE 2,57). La edad media de los hijos al incorporarse las madres al trabajo es de 4,44 meses (DE 2,02). La causa más frecuente de abandono de LM en nuestra muestra es la hipogalactia (50,8%), si analizamos solo a las madres trabajadoras la causa más frecuente es la incorporación a la vida laboral (46,2%).

Conclusiones: En nuestra muestra no existe diferencia estadísticamente significativa en la duración de la LM según la madre se incorpore o no a un puesto de trabajo tras el parto. La causa global más frecuente de abandono de la LM es la hipogalactia, aunque en las madres trabajadoras es la incorporación a la vida laboral.

Palabras clave: Lactancia materna, Trabajo materno, Abandono de la lactancia.

Abstract

Objectives: The main objective is to establish the influence of the mother's return to work on the cessation of breastfeeding (BF) and to determine if the reasons for stopping are different in the working mothers group. The main reasons for stopping and the BF duration are also studied.

Design: Descriptive, retrospective study.

Material, methods and population: The pediatricians passed a questionnaire to the mothers when they came for the child 12, 18 and 24 routine examination. Inclusion criteria: healthy newborns who had received BF for at least 24 hours and without absolute contraindications for BF.

Results: 65 children were included in the study. The mean duration of BF was 4,81 months (SD 3,54). In the working mothers group was 4,31 (SD 2,57). The children mean age when the mother came back to work was 4,4 (SD 2,02). The main reason to stop BF was the hipogalactia (50,8%) but in the working mothers group was the return to work (46,2%).

Conclusions: In the studied group there weren't statistically significant differences in the duration of BF when comparing the group of mothers who came back to work after delivery and the ones who didn't.

Key words: Breastfeeding, Mother's work, Breastfeeding cessation.

Introducción

A lo largo del siglo XX la situación de la lactancia materna (LM) en los países industrializados siguió cambios paralelos a los experimentados por la sociedad. Así, a principios del siglo XX la cultura de la LM se transmitía de madres a hijas¹ y se mantuvo con pocos cambios hasta el inicio de la década de los sesenta. En este momento, comienza en los países desarrollados un abandono progresivo de la LM que se fue extendiendo durante diez o quince años después a los económicamente más débiles. En este abandono jugó un importante papel la evolución cultural y laboral de las mujeres, así como el auge de las leches infantiles adaptadas. Como consecuencia se produjo un aumento de la morbi-mortalidad infantil debido al incremento en el número de infecciones y de trastornos hidroelectrolíticos (deshidrata-

ciones hipertónicas secundarias a fórmulas hiperconcentradas)². En los años setenta empezó a comprenderse la importancia de la LM para el estado inmunológico y nutricional del niño¹. Comenzó entonces el resurgir de la LM con el mismo patrón que había seguido su abandono: desde los países de mayor nivel económico y cultural hacia los países y los estratos sociales menos favorecidos.

La *Declaración Inocentti*, fruto de la reunión conjunta OMS/UNICEF sobre lactancia materna llevada a cabo en Florencia en agosto de 1990³, estableció los "diez pasos hacia una lactancia natural feliz" (Tabla I) e impulsó la iniciativa "Hospitales Amigos de los Niños" (HAN). Para ambas instituciones la protección de la LM tanto en países desarrollados como en subdesarrollados constituye una prioridad de Salud Pública^{4,5,12}.

Tabla I. Los diez pasos para una lactancia materna exitosa (OMS/UNICEF)

- Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
- Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esta política.
- Informar a las embarazadas de los beneficios de la LM y cómo realizarla.
- Ayudar a las madres a iniciar LM en la primera media hora siguiente al parto.
- Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si se ha de separar del niño.
- No dar a los recién nacidos más que LM.
- Facilitar la cohabitación de la madre y el hijo veinticuatro horas al día.
- Fomentar la lactancia a demanda.
- No dar chupetes a los niños alimentados al pecho.
- Fomentar el establecimiento de Grupos de Apoyo a la LM y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

En la actualidad nos encontramos en una situación de transición. Así, es posible encontrar prevalencias muy distintas entre países económicamente similares, regiones de un mismo país e incluso poblaciones de una misma provincia^{1,11}.

En nuestro centro de salud, al igual que en el resto del país, se siguen las recomendaciones de la OMS/UNICEF: LM exclusiva hasta los seis meses y LM junto con otros alimentos hasta los dos años. En un reciente estudio realizado en nuestro Centro se ha comprobado que la gran mayoría de las madres inician LM (87,7%), sin embargo existe un fuerte abandono de la misma entre el segundo y el sexto mes: tan solo un 11% continúa alguna toma de LM a los seis meses. En nuestro país la duración de la baja maternal es de dieciseis semanas por lo que es

lógico suponer que la incorporación de la madre a la vida laboral podría tener algún tipo de influencia. Por otro lado, existen diversas situaciones que ayudan e incluso, en algunos casos, estimulan la continuación de la LM tras la incorporación de la madre a la vida laboral, como el sentimiento de culpa por tener que separarse del niño y la necesidad de establecer horarios bien planificados en los que es posible incluir una, dos o más tomas de LM.

El objetivo principal de este estudio es intentar conocer si el abandono de la lactancia materna en nuestro medio está influido por la incorporación de la madre a la actividad laboral tras el parto y si sus causas son distintas según trabaje o no. Secundariamente, determinar las causas más frecuentes y la duración media de la LM.

Material y métodos

Tipo de estudio: Estudio retrospectivo observacional basado en una encuesta de diseño y evaluación internos.

Población diana: Niños que hubieran superado la edad habitual de LM en nuestro medio (12 meses) y que acudieron a las revisiones del Programa de Salud Infantil (PSI) de los 12, 18 y 24 meses durante el período del 1 de febrero al 30 de abril de 2002.

Registro de datos: Los pediatras realizaron a las madres y padres un cuestionario con nueve preguntas sencillas relativas a: 1) Lactancia materna: duración de la LM exclusiva, edad de inicio de la lactancia mixta, edad y causa de abandono definitivo de la LM; 2) Situación laboral materna: incorporación o no al trabajo durante el primer año, edad del niño en ese momento, horarios maternos y persona a cargo del niño durante ese período. También se investigó el nivel de estudios de la madre.

Criterios de inclusión: Niños que acudieron a la revisión programada de los 12, 18 y 24 meses durante el período indicado, cuyos padres accedieron a responder al cuestionario y que cumplieran los siguientes requisitos: 1) RNT sin ingreso al nacimiento y cuya madre tampoco padeciera enfermedad grave en ese momento (con el objeto de estudiar la

intención real sobre LM en personas libres de dificultades externas relevantes); 2) ausencia de criterios de contraindicación absoluta de LM; 3) que hubieran recibido LM durante al menos 24 horas (para establecer la voluntad de la madre de administrar LM).

Criterios de exclusión: Acompañantes que no fueran el padre o la madre, consultas a demanda o revisiones distintas a las del PSI o niños que no cumplieran los requisitos citados.

Todos estos datos se registraron en un protocolo que fue sometido al comité de investigación del Área 2 del Instituto Madrileño de la Salud.

Estudio estadístico: Los resultados fueron analizados mediante el programa Epi Info 2002, describiéndose las variables cualitativas con su porcentaje e intervalo de confianza y las cuantitativas mediante su media y desviación estándar. Se realizan tests de comparación de medias y de comparación de proporciones hallándose la p.

Resultados

Resultaron incluidos en el estudio, tras verificar que cumplían los criterios de inclusión/exclusión, un total de sesenta y cinco niños. El 40% de las madres se incorporaron a su puesto de trabajo durante el primer año de vida de su hijo.

La duración media de la lactancia materna en la muestra fue de 4,81+/- 0,86 meses. La duración media de la LM en las madres trabajadoras fue de 4,31+/- 0,99 meses. En las madres no trabajadoras fue de 5,15+/-1,27 meses. Aunque hay una pequeña diferencia a favor de las madres no trabajadoras, las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

En la Tabla II se representan las causas de abandono de LM en la muestra. Destaca como causa más frecuente la hipogalactia (50,8%), seguido de la incorpo-

ración de la madre al puesto de trabajo (18,5%). La Tabla III muestra las causas de abandono de LM en la muestra de madres trabajadoras; en este grupo la causa más frecuente es la incorporación de la madre al trabajo (46,2%), seguido de la hipogalactia (26,9%).

La edad media de los niños cuando la madre se incorpora al trabajo es de 4,44+/- 0,02 meses, similar a la edad de abandono de la lactancia.

La edad media de inicio de la lactancia mixta fue de 3,22+/-0,58 meses. En la

Tabla II. Causas de abandono de LM en toda la muestra

Causa de abandono de LM	Frecuencia	Porcentaje
Decisión materna	6	9,2 %
Enfermedad materna	3	4,6 %
Enfermedad lactante	2	3,1 %
Hipogalactia	33	50,8 %
No consta	2	3,1 %
Otras causas	7	10,8 %
Trabajo	12	18,5 %
Total	65	100 %

Tabla III. Causas de abandono de LM en madres trabajadoras

Causa de abandono de LM	Frecuencia	Porcentaje
Decisión materna	2	7,7 %
Enfermedad materna	2	7,7 %
Enfermedad lactante	0	0 %
Hipogalactia	7	26,9 %
No consta	0	0 %
Otras causas	3	11,5 %
Trabajo	12	46,2 %
Total	26	100 %

muestra de madres no trabajadoras fue 3,51+/-0,84 meses y en la de madres trabajadoras 3,22+/-0,69 meses. No existen diferencias significativas. Existe una correlación positiva entre el inicio de la alimentación mixta y el abandono de la lactancia materna (coeficiente de correlación 0,71).

Si se estratifica la muestra por el nivel de estudios y se obtiene la media de duración de la LM se obtienen los resultados representados en la Tabla IV. No hay diferencias estadísticamente significativas.

Al estratificar la población de madres trabajadoras según el cuidador del niño cuando ella se encuentra en su actividad

laboral obtenemos los resultados que se expresan en la Tabla V. De ellos se desprende que no hay diferencias estadísticamente significativas en la duración de la LM.

Si se estratifica la muestra según la causa de abandono de la LM y comparamos la duración media de esta, obtenemos los resultados que se describen en la Tabla VI. En ninguno de los casos se encuentran diferencias estadísticamente significativas con la media muestral de duración de LM.

Discusión

La LM está reconocida científicamente

Tabla IV. Nivel de estudios y duración de LM

Nivel de Estudios	Frecuencia	Porcentaje	Duración media de LM
Estudios Primarios	24	38,1%	4,04 (+/- 1,4) meses
Estudios Secundarios	26	41,3%	5,46 (+/- 1,45) meses
Estudios Universitarios	13	20,6 %	4,38 (+/- 0,82) meses
Total	63*	100 %	

*En 2 casos no consta el nivel de estudios

Tabla V. Cuidador y media de duración de LM

Cuidador	Frecuencia	Porcentaje	Duración media de LM
Canguro	1	4 %	1 mes
Familiar	12	48 %	4,08 (+/- 1,7) meses
Guardería	10	40 %	4,6 (+/- 1,14) meses
Padre	2	8 %	6 (+/- 5,88) meses
Total	25	100 %	

*En un caso no constaba cuidador

como la mejor forma de nutrición en el primer año de vida. Su gran valor para el desarrollo integral del lactante alcanza edades posteriores de la vida, incluida la edad adulta. Aún faltan por descubrir muchos de los múltiples beneficios de la LM, pero se conoce bien su efecto sobre la disminución de ingresos hospitalarios en el niño, disminución de la incidencia y la gravedad de infecciones respiratorias, otitis media, gastroenteritis aguda, alergias, muerte súbita... Además, presenta numerosas ventajas en las áreas emocional, afectiva e intelectual^{5,6}.

En algunos países en los que el nivel educacional y socioeconómico de las madres es alto, como los países nórdicos¹, se ha conseguido a través de campañas de promoción que la prevalencia de LM sea alta. Sin embargo, a pesar de las evidencias a favor, en otros países occidentales esta prevalencia continúa siendo baja, como por ejemplo en Australia, el norte de

Italia, y algunas zonas de Reino Unido y Estados Unidos^{1,13}. En nuestro país los diferentes estudios muestran grandes desigualdades según las regiones^{7,9,10}. En la introducción se ha hecho referencia a los resultados de un reciente estudio realizado en nuestro Centro: la prevalencia de LM al nacimiento en dicha muestra es del 87,7%, indicativo de la excelente predisposición de las madres, sin embargo decae rápidamente entre el segundo y el sexto mes hasta un 11,1%.

En el presente estudio, el 40% de las madres hubieron de incorporarse a su puesto de trabajo durante el primer año de vida del niño. La duración media de la LM fue de 4,3 meses en las madres trabajadoras y 5,1 en las no trabajadoras. La edad media del niño cuando la madre se incorporó al puesto de trabajo fue de 4,4 meses y la causa más frecuente de abandono entre las madres trabajadoras fue la incorporación al mismo. A pesar de no ser

Tabla VI. Causa de abandono y duración de LM

Causa del abandono de LM	Frecuencia	Porcentaje	Duración media de LM
Decisión materna	6	9,2 %	7,67 (+/- 5,7) meses
Enfermedad materna	3	4,6 %	5,67 (+/- 1,3) meses
Enfermedad lactante	2	3,1 %	3,5 (+/- 0,98) meses
Hipogalactia	33	50,8 %	5,11 (+/- 0,77) meses
No consta	2	3,1 %	13,5 (+/- 0,98) meses
Otras causas	7	10,8 %	4,71 (+/- 2,37) meses
Trabajo	12	18,5 %	4,83 (+/- 1,54) meses
Total	65	100 %	4,81 (+/- 0,86) meses

estadísticamente significativos, estos tres resultados parecen apuntar hacia una posible influencia negativa de la vuelta al trabajo sobre la duración de la LM, ya que en nuestro país el período de baja maternal es de dieciséis semanas. En los países más desarrollados, como Suecia, al estudiar el impacto de las campañas de promoción, observaron que el aumento en la prevalencia de la LM se había producido en dos fases sucesivas¹: inicialmente en los primeros meses de vida y en un segundo tiempo también entre los seis y los nueve meses. Llegaron a la conclusión de que el parlamento sueco, al aumentar la duración de la baja maternal de nueve a doce meses, había influido de forma favorable en esta evolución. Es probable que si en España fuera posible por un lado, prolongar la duración de la baja maternal y por otro, aumentar las facilidades horarias a las madres lactantes, se lograra una repercusión muy beneficiosa tanto en la duración de la LM como en el desarrollo del lactante en el primer año de vida.

Sin embargo, cabe destacar que en nuestro estudio entre las madres no trabajadoras el abandono definitivo de la LM se produce a los 5,1 meses: diferencia menor a un mes respecto del grupo de madres trabajadoras y momento también muy alejado de las recomendaciones ac-

tuales (24 meses). En estas madres, así como en toda la muestra global, la causa más frecuente de abandono es la hipogalactia. Además, la edad de inicio de la lactancia mixta es muy similar en ambos grupos: 3,2 y 3,5 meses en madres trabajadoras y no trabajadoras respectivamente. Por lo tanto, aunque la incorporación al puesto de trabajo pueda tener alguna influencia en el grupo de madres trabajadoras, es evidente que la hipogalactia es la causa más relevante de abandono precoz de la LM en nuestro medio.

La hipogalactia es una causa no siempre fácil de comprobar. En algunos casos probablemente existe indicación médica real, por hipogalactia verdadera o escasa ganancia ponderal objetivados por el pediatra, de iniciar lactancia mixta o artificial exclusiva; sin embargo, no podemos evitar la sospecha de la existencia de otras razones no expresadas abiertamente (angustia por el peso, comodidad de horarios...) en algunos de estos casos. En esta situación, es posible que ejerza cierta influencia la falta de información adecuada de algunas madres sobre la LM. Según Temboursy Molina del comité de LM de la Asociación Española de Pediatría⁴: "...en nuestra sociedad actual, industrial y urbana, las familias son pequeñas y las nuevas madres carecen del apoyo de la familia tradicional para la lactancia. La mayoría

no saben dar pecho y no han visto amamantar...". A esta circunstancia se añade la sistematización de los nacimientos en los grandes hospitales, desde los que se han difundido actitudes poco favorables para la LM⁸ y la gran cantidad y variedad de información que reciben las madres desde los medios profesionales y publicitarios, en ocasiones con conceptos erróneos sin base científica¹⁴. Todo ello genera en la madres una sensación de desconcierto y pasan a buscar su seguridad en algo tangible y controlable: el biberón⁶. En la actualidad la propaganda indiscriminada por parte de los fabricantes de leche artificial, motivo citado en la literatura como uno de los principales para el abandono en esta edad⁸, ha implantado la llamada "cultura del biberón" que consiste en la creencia de que gracias a los avances técnicos, la leche artificial es equiparable a la natural⁴. La madre tiende a creer que si el niño está bien cuidado, come cantidad suficiente y gana peso adecuadamente, el tipo de leche no es tan importante.

También se ha sugerido que las actitudes hacia la LM están muy influenciadas por el conflicto de las necesidades de la madre y del niño¹: las madres estarán más motivadas para dar LM si además es ventajosa para ellas. Los programas para la promoción de la LM han sido a veces criticados por prestar atención solo a las

necesidades de los lactantes, descuidando las reacciones de las madres. Conviene además tener en cuenta que si se promociona la LM como un deber, la imposibilidad de administrarla creará sentimientos de culpa, lo que repercutirá negativamente en la relación madre-hijo. Sería, por tanto, necesario adecuar la cantidad y calidad de la información que reciben las madres sobre LM tanto a su nivel cultural como a las necesidades específicas de su entorno.

En nuestro estudio no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la relación entre el nivel de estudios materno y la duración de la LM, sin embargo, en estudios realizados en otros países sí parece evidente que el aumento de la prevalencia de LM se produce antes entre las madres de mayor nivel cultural y socioeconómico, probablemente debido a sus mayores niveles de información.

Conclusiones

En nuestra muestra no existe diferencia estadísticamente significativa en la duración de la LM según la madre se incorpore o no al trabajo tras el parto.

La edad media de abandono definitivo de la LM es muy precoz tanto entre las madres trabajadoras como entre las no trabajadoras (4.º-5.º mes).

La causa global más frecuente de abandono de la LM es la hipogalactia, aunque en las madres trabajadoras es la incorporación a la vida laboral.

Para mejorar la duración de la LM debieran estudiarse estrategias de información adecuadas a los distintos niveles sociales, laborales, culturales y económicos de las madres.

En el grupo de madres trabajadoras sería probablemente de gran utilidad prolongar el período de baja maternal y aumentar las facilidades horarias con el objetivo de posibilitar la LM durante los primeros 2 años de vida del niño.

Bibliografía

1. Zetterstöm R. Breastfeeding and infant-mother interaction. *Acta Paediatr* 1999; Suppl 430: 1-6.
2. Galparsoro-Arrate JM, López López A y Arrieta Gutiérrez L. Estudio epidemiológico de la lactancia materna en Soria. *Acta Pediatr Esp* 2002; 60: 25-31.
3. "Declaración Inocennti": Reunión conjunta OMS/UNICEF sobre lactancia materna en el decenio 1990: una iniciativa a nivel mundial. Firenze, agosto 1990.
4. Tembory Molina MC. Papel del pediatra en la promoción de la lactancia materna. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2001; 3 (11): 361-367.
5. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños. Plan de acción en Europa. Geneva: OMS. Enero 1993.
6. Vía Láctea. Grupo de apoyo a la Lactancia Materna. Consejos para la Lactancia Materna. Comunidad Autónoma de Aragón. 2000.
7. Martínez Paiva F y García Rodríguez AM. Hábitos dietéticos durante la lactancia en el área de salud de Llerena (Badajoz). *Aten Primaria* 1994; 14 (6): 835-7.
8. García Mozo R y Alonso Sagrado L. Valoración materna de las medidas prenatales de promoción de la lactancia natural. *Aten Primaria* 2002; 29(2): 79-83.
9. Moreno Manzanares L, Cabrera Sanz MT y García López L. Breast feeding. *Rev Enferm* 1997; 20 (227-8): 79-84.
10. Carbonell X, Botet F, Figueras J, Álvarez E y Riu A. The incidence of breastfeeding in our environment. *J Perinat Med* 1998; 26: 320-324.
11. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 333-340.
12. Declaración conjunta OMS/UNICEF. La Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños. Europa. Geneva: OMS. Marzo 1996.
13. Bick DE, MacArthur C y Lancashire RJ. What influences the uptake and early cessation of breastfeeding? *Midwifery* 1998; 14(4): 242-7.
14. Palomares Gimeno MJ, Labordena Barceló C, Sanantonio Valdearcos F et al. Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2001; 3 (11): 393-402.