

PATRONES DE LACTANCIA NATURAL EN LA ISLA MONTSERRAT¹

John O'Quinn,² Lynn McIntyre³ y Sonia Meade⁴

El presente estudio se realizó con objeto de describir los patrones de lactancia natural de las mujeres de la isla Montserrat. Para ello, en marzo y abril de 1990, se llevó a cabo una encuesta transversal de las madres que habían tenido un hijo entre marzo de 1989 y marzo de 1990. En total, 69 madres respondieron a preguntas sobre su edad al dar a luz en ese período, la de su hijo en el momento de la entrevista, si lo habían amamantado por lo menos durante dos semanas y, en caso afirmativo, la frecuencia, la edad de su hijo en el momento del destete, y los motivos del destete. Las mismas preguntas se formularon en relación con los hijos anteriores. Los resultados indicaron que 94% de las mujeres habían dado de mamar a su hijo más reciente, por lo menos durante dos semanas y, de ellas, 70% seguían haciéndolo en el momento de la entrevista. El 28% de los niños que habían alcanzado los tres meses de edad recibían suplementos alimentarios. Casi la mitad de las primíparas suplementaban la leche materna ($P = 0,06$). La media de la edad del lactante en el destete fue de 3,6 meses y el motivo más frecuente notificado fue su rechazo del pecho. Si se compara la práctica actual de la lactancia con la pasada, se observa una tendencia secular hacia un aumento de su frecuencia en las primíparas y un efecto de cohorte según el cual esa frecuencia es más elevada en las mujeres que han tenido más de un hijo. Se concluye que la comunidad de Montserrat apoya la lactancia natural y que el problema del destete precoz puede estar relacionado con la edad a la que se introducen suplementos de la leche materna y con el desconocimiento de las madres de los motivos por los que sus hijos rechazan el pecho.

Montserrat, una pequeña isla del Caribe, es un protectorado británico de unos 12 000 habitantes. Su economía se basa en la agricultura, la industria y el turismo, y el ingreso medio per cápita fue de \$EC 6 000 en 1985.⁵ Los principales indicadores de salud de

la isla son bastante favorables en relación con las tasas globales de morbilidad y mortalidad, y la población disfruta de un nivel de vida moderadamente alto. La tasa de mortalidad infantil oscila entre 12 y 26 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos (1).

El Hospital Glendon, localizado en Plymouth, la capital del protectorado, presta los únicos servicios médicos de nivel secundario disponibles en Montserrat. Hay varios dispensarios de salud gestionados por el gobierno en toda la isla y algunos médicos particulares tienen consultorios en Plymouth. Todos los partos son atendidos en el

¹ Se publica en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol 25 No 4, 1991, con el título "Breast-feeding patterns of Montserratian women"

² Universidad Dalhousie, Facultad de Medicina, Halifax, Nueva Escocia, Canadá.

³ IWK Children's Hospital, University of Dalhousie, Department of Community Health and Epidemiology, Halifax, Nueva Escocia. Dirección postal: IWK Children's Hospital, P.O. Box 3070, Halifax, Nova Scotia, Canadá B3J 3G9

⁴ Hospital Glendon, Plymouth, Montserrat, Indias Occidentales.

⁵ Equivalente en 1985 a unos \$US 2 500, cuando 1 \$US equivalía a 2,4 dólares del Caribe oriental (\$EC).

hospital por parteras. El protectorado también dispone de un médico de turno con formación avanzada en atención obstétrica en caso de que ocurran o se prevean complicaciones.

Como en otros países, la lactancia natural es un tema importante de la salud pública de la isla, porque desempeña una función fundamental en el bienestar físico y emocional de la madre y del niño. Entre otras cosas, protege al niño contra enfermedades gastrointestinales leves, reduce el número de hospitalizaciones por todas las enfermedades y disminuye la incidencia de otitis media (2, 3).

A comienzos de los años 70, algunos expertos internacionales empezaron a preocuparse por informes que indicaban una reducción de la frecuencia de la lactancia natural en el mundo en desarrollo (4). En 1976, el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) de la Organización Panamericana de la Salud formuló pautas para la promoción de la lactancia natural, una piedra angular de sus políticas de nutrición (5-7). Sin embargo, datos recientes indican que todavía quedan muchos problemas que resolver en el campo de la lactancia natural. La tasa de lactancia natural en Puerto Rico notificada recientemente fue de 38,3% (8), y en Jamaica, de 56% en las zonas urbanas y de 76% en las rurales (5). Una encuesta de nutrición realizada en las Bahamas reveló que muy pocas madres daban de mamar a sus hijos completamente (9). En la República Dominicana, cerca de 25% de los lactantes menores de cuatro meses recibían exclusivamente leche materna (muchas veces diluida con agua), si bien se notificó que 82% tomaban alguna cantidad de leche materna (10).

En Montserrat, la lactancia natural se considera una conducta normal durante el puerperio, y el personal de enfermería del hospital anima a las madres a amamantar a sus hijos. La lactancia se inicia en las horas inmediatamente posteriores al

parto y el niño permanece en la habitación con la madre. En la sala de atención puerperal se desalienta a las madres a emplear suplementos de la leche.

El objetivo del presente estudio fue examinar los patrones de lactancia natural de las mujeres de Montserrat y determinar las razones de su cese precoz.

MATERIALES Y MÉTODOS

De las fichas obstétricas del Hospital Glendon de Plymouth se tomaron el nombre y la dirección de las mujeres que dieron a luz entre marzo de 1989 y marzo de 1990 en ese hospital, ambos inclusive. Se excluyeron de la encuesta los fetos fallecidos antes y después de las 28 semanas de gestación.

Uno de los autores del presente trabajo intentó localizar al máximo número de mujeres entre los meses de marzo y abril de 1990. Esta labor fue dificultada por el huracán Hugo, que devastó la isla en septiembre de 1989, interrumpió el servicio telefónico y causó graves daños a las edificaciones. Se entrevistó a las mujeres personalmente o por teléfono (si funcionaba). En las tiendas de víveres y los mercados había mujeres con lactantes, que fueron entrevistadas si su nombre estaba incluido en la lista de las que habían dado a luz durante el período del estudio. Se pidió a los informantes clave, generalmente mujeres ancianas que vivían en pequeños poblados, que indicaran dónde se encontraban las casas de las madres incluidas en la lista. A veces fue posible localizar la casa de la madre al ver una cuerda de la que colgaba ropa de bebé.

A cada madre se le explicó la finalidad del estudio y se le garantizó la confidencialidad de sus respuestas. Las entrevistadas aceptaron verbalmente responder a las preguntas sobre el embarazo en curso, el anterior y, cuando procedía, su primer embarazo. Se les preguntó si habían amamantado a sus hijos y, de ser así, con qué frecuencia, su edad en el momento del parto, la edad ac-

tual del niño y la edad en el momento del destete. En el caso del último parto, se les preguntó si complementaban la leche materna y cuáles eran las razones del cese de la lactancia, si se había producido.

La información que proporcionó cada entrevistada se registró en un formulario aparte que fue codificado, incorporado a un banco de datos y verificado ulteriormente. El análisis de los datos se efectuó con el sistema SYSTAT (11). Los puntos del cuestionario se analizaron individualmente usando índices estadísticos descriptivos. La prueba de ji cuadrado se empleó para comparar proporciones; la prueba exacta de Fisher, para comparar proporciones cuando los efectivos calculados fueron menores que 5; la prueba de la *t* de Student, para comparar las medias de los dos grupos de estudio; el análisis de la varianza, para comparar diferencias entre las medias de los tres grupos de paridad, y la regresión lineal múltiple por pasos (*stepwise*), para evaluar la contribución independiente de varios posibles factores de confusión en los desenlaces de interés. En todos los casos se escogió un nivel de significación estadística de 5%.

RESULTADOS

Durante los 13 meses que duró el estudio se contabilizaron 170 nacimientos en Montserrat. Se entabló contacto con 69 madres (41%) y todas participaron en el estudio. De ellas, 19 (27,5%) eran primíparas, 21 (30,4%) tenían dos hijos y 29 (42,0%), tres o más. Aproximadamente 20% dieron a luz por cesárea. A un número más elevado de mujeres primíparas se les practicó cesárea en comparación con las restantes,⁶ pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($P = 0,10$).

En el cuadro 1 se presenta la información demográfica y sobre la lactancia natural relacionada con el hijo más reciente.

La media de edad de la madre fue de 25,8 años (amplitud: 12–42 años). La media de edad de las madres que tuvieron tres o más hijos fue más alta ($P = 0,001$) que la de las restantes. La media de edad de los niños en el momento de la entrevista fue de 5,3 meses (amplitud: 1 semana–13 meses) y no se asoció significativamente con la paridad.

Sesenta y cinco mujeres (94%) habían amamantado a su hijo más reciente al menos durante dos semanas y la mayoría (69,6%) lo estaba haciendo en el momento de la entrevista. La lactancia natural fue más frecuente entre las que habían tenido tres o más hijos, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Las mujeres daban el pecho aproximadamente cada dos horas (amplitud: 2–24 veces al día) y esa frecuencia no se asoció significativamente con la paridad. Fue bastante común que los niños amamantados menores de tres meses recibieran suplementos alimenticios y esa práctica se notificó en 27,6% de los bebés que habían alcanzado esa edad. Casi la mitad de las primíparas complementaban su propia leche ($P = 0,06$; primíparas en comparación con las otras madres). A las madres que habían amamantado a sus hijos se les preguntó si habían tenido algún problema relacionado con la lactancia. El 48% negaron haber tenido problemas y 21% no respondieron a esa pregunta. Del resto de las mujeres con problemas de amamantamiento, 18% se quejaron de dolor; 5%, de ingurgitación mamaria; 3%, de problemas anteriores a la lactancia y 5% expresaron preocupaciones, por ejemplo, falta de leche y mordeduras del bebé. En relación con la paridad, 35,7, 50 y 34,7% de las mujeres que habían tenido uno, dos y tres o más hijos, respectivamente, declararon haber tenido problemas relacionados con la lactancia.

Las 17 madres entrevistadas que habían destetado a su hijo más reciente afirmaron que lo habían hecho cuando sus hijos tenían entre tres semanas y siete meses de

⁶ Mujeres que tuvieron dos o más hijos.

CUADRO 1. Datos demográficos y sobre la lactancia correspondientes al último hijo de las madres entrevistadas. Montserrat, 1990

	Paridad 1 (n = 19)	Paridad 2 (n = 21)	Paridad 3 + (n = 29)	Total (n = 69)
Edad de la madre en el último parto en años; \bar{X} (\pm DE) ^a	18,8 (\pm 3,6)	26,9 (\pm 5,5)	29,6 (\pm 6,9)	25,8 (\pm 7,2)
Edad del último hijo en el momento de la entrevista en meses; \bar{X} (\pm DE)	6,0 (\pm 4,2)	4,8 (\pm 3,4)	5,2 (\pm 3,5)	5,3 (\pm 3,6)
Madres que dieron a luz a su último hijo por vía vaginal (%)	68,4	85,7	86,2	81,2
Últimos hijos amamantados durante dos semanas (%)	94,7	90,5	96,6	94,2
Últimos hijos todavía amamantados en el momento de la entrevista (%)	63,2	66,7	75,9	69,6
Frecuencia de la lactancia; No. de veces al día; \bar{X} (\pm DE)	11,0 (\pm 5,4)	11,1 (\pm 5,4)	9,0 (\pm 5,2)	10,0 (\pm 5,0)
Últimos hijos que recibieron suplementos alimenticios antes de los 3 meses de edad	46,7 (n = 15)	20,0 (n = 20)	21,7 (n = 23)	27,5 (n = 58)
Edad a la que se destetó al último hijo en meses; \bar{X} (\pm DE)	4,3 (\pm 1,8) (n = 6)	31,4 (\pm 1,7) (n = 6)	3,0 (\pm 2,1) (n = 5)	3,6 (\pm 1,8) (n = 17)

^a \bar{X} (\pm DE) = media \pm desviación estándar

edad. La media de la edad de los lactantes en el momento del destete fue de 3,6 meses. Mediante un modelo de regresión lineal múltiple por pasos, aplicado a los datos de esas madres y a los de sus hijos más recientes, se observó que la paridad más baja y la edad de su hijo mayor en el momento de la entrevista fueron las mejores variables predictivas de la

mayor edad en el momento del destete (cuadro 2). Las madres declararon que habían dejado de amamantar a sus hijos por las siguientes razones: rechazo por parte del bebé (41%), falta de leche (23%), regreso al trabajo (18%), muerte o enfermedad del bebé (12%) y mordeduras del pecho (6%). Las madres con uno o dos hijos dijeron con mayor frecuencia que la razón por la cual habían dejado de amamantar a su hijo había sido el rechazo del pecho; en el caso de las múltiparas, la razón fue la falta de leche. Ninguna mujer notificó

CUADRO 2. Resultados del modelo de regresión lineal múltiple por pasos.^a Montserrat, 1990

Variable	Coefficiente de regresión	Error estándar	t	P
Constante	2,029	0,590	3,440	0,001
Paridad	-0,439	0,191	-2,294	0,025
Edad del último hijo en el momento de la entrevista	0,179	0,046	3,938	0,001
Frecuencia diaria de la lactancia	-0,148	0,027	-5,385	0,001

^a n = 65; R = 0,74; R² = 0,544, R² ajustado = 0,522, Error estándar = 1,27

CUADRO 3. Datos demográficos y sobre la lactancia correspondientes al primer hijo de las madres entrevistadas. Montserrat, 1990

	Paridad 1 (n = 19)	Paridad 2 (n = 21)	Paridad 3 + (n = 29)
Edad de la madre en el primer parto en años; $\bar{X} (\pm DE)^a$	18,8 ($\pm 3,6$)	20,6 ($\pm 4,3$)	17,4 ($\pm 2,9$)
Edad del primer hijo en el momento de la entrevista en meses; $\bar{X} (\pm DE)$	0,5 ($\pm 0,4$)	6,4 ($\pm 5,1$)	12,3 ($\pm 6,3$)
Madres que dieron a luz a su primer hijo por vía vaginal (%)	68,4	85,7	96,6
Primeros hijos amamantados durante dos semanas (%)	94,7	90,5	82,8
Edad a la que se destetó a los hijos en meses; $\bar{X} (\pm DE)$	4,3 ($\pm 1,8$) (n = 6)	9,3 ($\pm 7,0$) (n = 21)	5,5 ($\pm 3,7$) (n = 29)

^a $\bar{X} (\pm DE)$ = media \pm desviación estándar

que su pareja le había sugerido que destetara al niño.

En el cuadro 3 se presenta información similar a la del cuadro 1, pero en relación con el primer hijo. Al comparar ambos cuadros se observan pocos cambios en relación con la edad de la madre en el primer parto. La posibilidad de que las madres con tres o más hijos dieran a luz a su primer hijo por cesárea fue significativamente menor que la de las otras mujeres ($P = 0,02$). El inicio de la lactancia natural (así como su manteni-

miento) es más frecuente ahora que en el pasado, pero las diferencias observadas entre los porcentajes de las madres que tuvieron uno, dos y tres o más hijos y que amamantaron a su primer hijo durante dos semanas no fueron estadísticamente significativas.

En el cuadro 4 se examinan los factores maternoinfantiles de las mujeres con tres o más hijos. En los partos subsiguientes la frecuencia y duración de la lactancia natural fueron más elevadas. El espaciamiento de los embarazos de las mujeres de Montserrat oscila alrededor de los 5,5 años. El intervalo medio (desviación estándar) entre el embarazo en curso y el nacimiento del hijo anterior fue de 5,8 (5,1) años en el caso de las madres con dos hijos y de 4,7 (4,9) años en el de las que tuvieron tres o más hijos.

CUADRO 4. Datos demográficos y sobre la lactancia correspondientes a los hijos de las madres multíparas entrevistadas. Montserrat, 1990

	Último hijo	Penúltimo hijo	Primer hijo
Edad de la madre en el momento del parto en años; $\bar{X} (\pm DE)^a$	29,6 ($\pm 6,9$)	24,8 ($\pm 5,9$)	17,4 ($\pm 2,9$)
Edad del hijo en el momento de la entrevista en meses; $\bar{X} (\pm DE)$	0,4 (0,3)	5,3 (4,7)	12,3 (6,3)
Niños dados a luz por vía vaginal (%)	86,2	96,6	96,6
Hijos amamantados durante dos semanas (%)	96,6	96,6	82,8
Edad a la que se destetó al último hijo en meses; $\bar{X} (\pm DE)$	3,0 (2,1) ($n = 5$)	6,8 (6,0) ($n = 29$)	5,5 (3,7) ($n = 29$)

^a $\bar{X} (\pm DE)$ = media \pm desviación estándar.

DISCUSIÓN

Al comparar las prácticas actuales de lactancia natural con las anteriores, en las mujeres primíparas de hoy día se observa una tendencia hacia el aumento de la frecuencia de la lactancia natural y un efecto de cohorte según el cual las tasas de lactancia natural son más elevadas en las mujeres que habían dado a luz anteriormente.

Las tasas de lactancia natural de las mujeres de Montserrat son más altas que las observadas en América Latina y en varios países del Caribe (5, 8-10). Sin embargo, es posible que los beneficios de la lactancia natural se vean contrarrestados por la proporción relativamente alta de mujeres (especialmente primíparas) que comienzan a suplementar la leche materna antes de que sus hijos alcancen los tres meses de edad. La lactancia natural exclusiva solo se recomienda durante los 4 ó 6 primeros meses de vida (2, 3).

Varios autores descubrieron que la suspensión de la lactancia natural se atribuyó con más frecuencia a la administración "inadecuada" de leche o al poco aumento de peso del bebé, especialmente de los ama-

mantados durante menos de 24 semanas (12). Según declararon las madres, la principal razón para haber dejado de dar el pecho fue el "rechazo" del pecho por su hijo. Este hallazgo no se ha notificado específicamente en ninguna otra publicación y puede estar asociado con el hecho de que la madre creyera que su hijo estaba listo para el destete. Estudios realizados con mujeres indonesias también indican que el autodestete es un importante factor determinante de la duración de la lactancia natural (13).

Se ha observado que las madres puertorriqueñas que no han amamantado nunca a su primer hijo raras veces amamantan a los últimos (8). Sin embargo, en este estudio se ha observado que las mujeres de Montserrat con más de un hijo están dispuestas a menudo a amamantar al último que han tenido, aunque no hayan amamantado a los primeros. Esto puede guardar relación con la madurez y la experiencia de la madre o con cambios seculares que fomentan la lactancia materna hoy en día más que en el pasado.

Como el intervalo de tiempo entre los nacimientos es relativamente largo, es difícil extrapolar los aumentos de la duración de la lactancia pasada (de 5,5 meses para el primer hijo en las multíparas a 9,3 meses para el primer hijo en las madres con dos hijos). No obstante, las mujeres de Montserrat que dan a luz hoy en día son más proclives a iniciar y mantener la lactancia natural, independientemente de su edad y paridad, en comparación con las de épocas pasadas.

Dadas las altas tasas actuales de lactancia natural de las mujeres de Montserrat, existen pocas razones para dudar que las políticas del gobierno y de los hospitales favorecen más la lactancia natural que el biberón. La comunidad también apoya esa práctica. En este contexto, es posible que el problema del destete precoz esté relacionado con la edad a la que se inicia la suplección de la lactancia y con la falta de información de las madres sobre la razón por la cual los niños rechazan el pecho.

REFERENCIAS

1. Lewis LL. *Health Report Montserrat*. Plymouth, Montserrat: Ministry of Health; 1985.
2. Task Force on the Assessment of Scientific Evidence Relating to Infant-feeding Practices and Infant Health: executive summary. *Pediatrics*. 1984; 74(Suppl):579-83.
3. Nutrition Committee of the Canadian Pediatric Society and the Committee on Nutrition of the American Academy of Pediatrics. Breastfeeding. *Pediatrics*. 1978;62:591-601.
4. World Health Organization, Division of Family Health. The prevalence and duration of breastfeeding: critical review of available information. *World Health Stat Q*. 1982;35:92-112.
5. Cunningham WE, Segree W. Breast feeding promotion in an urban and a rural Jamaican hospital. *Soc Sci Med*. 1990;30:341-48.
6. Pan American Health Organization. *Maternal and child health strategy for the Caribbean community*. Washington, DC: PAHO; 1976. (PAHO scientific publication 325).
7. Pan American Health Organization. *Guidelines to young child feeding in the contemporary Caribbean*. Washington, DC: PAHO; 1979. (PAHO scientific publication 217).
8. Becerra JE, Smith JC. Breastfeeding patterns in Puerto Rico. *Am J Public Health*. 1990;80:694-97.
9. Caribbean Epidemiology Center. The National Health and Nutrition Survey of the Bahamas 1988-1989. *CAREC Surveillance Rep*. 1990;16:1.
10. United States Agency for International Development. Breastfeeding: a report on A.I.D. programs. Washington, DC: AID; 1990: 4.
11. Wilkinson L. *SYSTAT: the system for statistics*. Evanston: SYSTAT, Inc.; 1989.
12. Hawkins KM, Nichols FH, Tanner JL. Predictors of the duration of breastfeeding in low-income women. *Birth*. 1987;14:204-09.
13. Hull V, Thapa S, Oatromo H. Breast-feeding in the modern sector in Indonesia: the mother's perspective. *Soc Sci Med*. 1990;30:625-33.

SUMMARY

BREAST-FEEDING PATTERNS OF MONTSERRATIAN WOMEN

In order to describe the breast-feeding patterns of women on the island of Montserrat, a survey was conducted in March and April 1990 of mothers who had had a child between March 1989 and March 1990. A total of 69 mothers answered questions about their age when they gave birth during this period; the present age of their child; whether they had breast-fed for at least two weeks and, if so, how frequently; the age of the child at weaning; and the reasons for weaning. The same questions were asked regarding previous births. It was found that 94% of the women had breast-fed their most recent child for at least two weeks, and 70% of them were still breast-feeding at the time of the inter-

view. Twenty-eight percent of the children three months old received supplementary foods. Almost half of the primiparous women supplemented maternal milk ($P = 0.06$). The average age at weaning was 3.6 months and the reason most often cited was rejection of the breast. A comparison of current with past breast-feeding patterns showed a secular trend toward more breast-feeding in primiparous women now than in the past as well as a cohort effect indicating higher breast-feeding rates among women who had previous births. It was concluded that the Montserratian community supports breast-feeding and that the problem of early weaning is related to the age at which supplementary feeding is provided and to maternal lack of information about why babies appear to reject the breast.

Coincidencia de la medicina indígena y la española

"En los libros de los cronistas, particularmente el de Sahagún, escrito pocos años después de la conquista, pueden verse en detalle los métodos de tratamiento usados por los médicos naturales. purgantes, lavativas, sangrías y fricciones, lo que marca una extraña coincidencia con las prácticas y las doctrinas que privaban en Europa por aquel tiempo. Y esa coincidencia en las doctrinas médicas de un lado y de otro del océano, antes de realizado el descubrimiento de Colón, se hace más extraña y sugestiva cuando se advierte que lo mismo aquí que en Europa se admitía que por los vasos circulaban el aire y los espíritus y que lo mismo aquí que allá se recurría a la sangría como método general, para las mismas dolencias, con el mismo abuso, empleando la misma lanceta, abriendo las mismas venas del codo. Esta rara coincidencia con las ideas reinantes en Europa se marca también en el aspecto mágico. Españoles e indios practicaban la magia imitativa una flor que tuviera forma de corazón debería servir para los males de ese órgano; una piedra que tuviese color verde debería evitar la formación de cálculos biliares. Los indígenas así lo creían y Felipe II, por su parte, ostentaba un bello jade mexicano en el anillo, exactamente con el mismo objeto.

"Esta magia imitativa [.] ha sido una creencia universal y lo mismo se la encuentra en México que entre los indígenas del sur del continente. Los mayas, ejemplo de la más alta civilización en América, [.] buscaban las flores amarillas para prescribirlas en la ictericia, buscaban los frutos rojos para combatir las hemorragias, usaban la flor de la manita para curar precisamente las enfermedades de las manos, todo igual que los aztecas de la altiplanicie y sin que pudiera invocarse la influencia de un pueblo sobre el otro".

Fuente: Chavez I *México en la cultura médica* Mexico, DF Fondo de Cultura Económica, 1987 27-28