


DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES DE LA INICIACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN ESPAÑA

Socioeconomic and Cultural Determinants of Breastfeeding Initiation in Spain


Alba MOLINA-FAJÓ^{a-1}; Iva MARQUES-LOPES^{b-2}; Susana MENAL-PUEY^{b-3}; Marta FAJÓ-PASCUAL^{b-4}

^a Hospital Materno-Infantil del HUR de Málaga. Av. del Arroyo de los Ángeles, s/n. 29011 Málaga, España.

^b Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Instituto Agroalimentario de Aragón-IA2. Universidad de Zaragoza. Plaza Universidad, n.º 3. 22002 Huesca, España.

¹  0009-0005-5558-7405

²  0000-0001-6952-5655

³  0000-0002-1886-9586

⁴  0000-0001-6364-1188

Financiación: Durante la realización de este trabajo MFP era beneficiaria de una ayuda para la recualificación del Sistema Universitario Español de la Universidad de Zaragoza financiada por el Ministerio de Universidades de España y Unión Europea-Next Generation EU.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Autor de correspondencia: Marta Fajó Pascual mfajo@unizar.es

Fecha envío: 4/11/2022; Fecha de aceptación: 03/05/2023. Fecha de publicación: 30/09/2023.

1. INTRODUCCIÓN

Existe amplio consenso sobre los múltiples beneficios que la lactancia materna (LM) reporta tanto a la salud del recién nacido en el corto/largo plazo como a la madre, por lo que se considera el patrón oro para su alimentación (1). Las tasas de LM en España, aun mejorando progresivamente (2), estarían por debajo de recomendaciones de la OMS, que aconseja LM exclusiva (LME) hasta los 6 meses (m) y continuación de la LM hasta al menos 2

años (a) (2, 3). La distribución de su iniciación sería desigual en la población, condicionada por factores socioeconómico/culturales, entre otros, conduciendo a inequidades en la salud del niño ya al comienzo de la vida (4).

Los objetivos del trabajo fueron estimar en niños de 2-4 a que participaron en la Encuesta Nacional de Salud Española (ENSE) 2017 la prevalencia de LME y LM al inicio y hasta los 6 y 24 m respectivamente, valorando la asociación de factores socioeconómicos/culturales con la iniciación de la LM.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue transversal y descriptivo, utilizándose datos secundarios del cuestionario de menores (CM) (<15a) y del hogar de la ENSE 2017 en residentes de viviendas familiares en España durante 2016-2017. En menores de 5 a, el CM preguntaba si habían recibido LM y si la habían recibido como único alimento (LME), así como la duración de ambas (5). La LME excluía agua, leche artificial y otros alimentos (5). El estudio se restringió a menores entre 2-4 a.

Los factores condicionantes de inicio de LM considerados fueron del niño: nacionalidad (extranjero vs. español); del adulto de referencia económica (Are) que fue el mayor aportador al presupuesto del hogar: sexo, nivel estudios según Clasificación Nacional de Educación 2014-A (5) (básico, intermedio, superior), clase social según Clasificación Nacional Ocupaciones 2011 (5) (Baja [V/VI], Media [III/IV], Alta [I/II]), situación laboral (Desempleo/Jubilación/Incapacidad vs. Trabajando); y del Hogar: tipo (monoparental vs. no monoparental) e Ingresos Netos Hogar/Mes (<800 vs. ≥800 €). Se valoró la asociación entre variables mediante Razón Prevalencias (RP) y su Intervalo de Confianza 95 % (IC95 %).

3. RESULTADOS

El número total de menores entre 2-4 años fue de 1141 (mediana = 3 años). La prevalencia de LME y LM durante los primeros 6 meses (recomendación OMS de inicio de alimentación complementaria [2, 3]) y 24 meses respectivamente, se describe en Figura 1.

Inician LM el 80,3 % y LME el 70,1 %, con duración mediana de 6 meses (P25-P75 = 1,5 meses-12 meses) y 4 meses (P25-P75 = 0 meses-6 meses) respectivamente. La prevalencia de LM y de LME a los 4 y 6 meses fue del 63,5 % vs. 50,2 % y del 52,0 % vs. 36,0 % respectivamente. La prevalencia de LM a los 12 y 24 meses fue del 26,8 % y el 11,6 %.

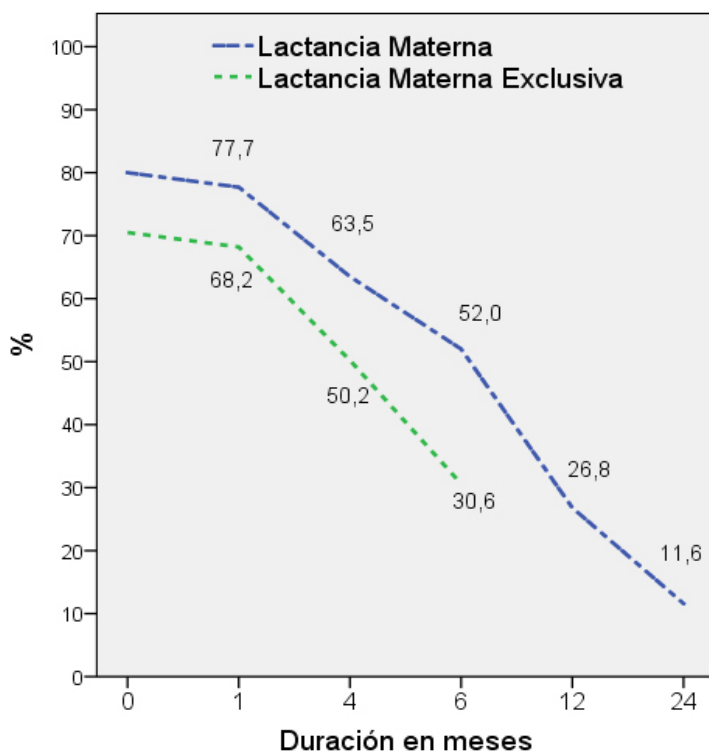


Figura 1. Prevalencia de lactancia materna y lactancia materna exclusiva en niños entre 2-4 años, Encuesta Nacional Salud España 2017

La asociación de factores socioeconómicos/culturales con el inicio de LM se presenta en Tabla 1. La nacionalidad extranjera del niño incrementaba la probabilidad de iniciar LM un 9 % (IC 95 % 1,01-1,18). Un nivel educativo básico/inferior del Are disminuía esa probabilidad un 10 % con respecto al superior (IC95 % 0,84-0,97), al igual que una situación laboral del Are como desempleado/jubilado/incapacitado con respecto a estar trabajando (IC95 % 0,82-0,99). Los hogares monoparentales presentaban una probabilidad disminuida en un 14 % de iniciarla (IC95 % 0,75-0,98).

No se pudo probar asociación del sexo del Are o de los ingresos del hogar (decil inferior) con el inicio de la LM, aunque menores ingresos presentó tendencia a disminuir su inicio (OR = 0,65, $p = 0,19$).

Tabla 1. Asociación entre factores socioeconómicos y culturales con la iniciación de lactancia materna entre niños 2-4 años, Encuesta Nacional Salud España 2017

	Total = 1140 N (%)	Prevalencia LM n/N (%)	RP1 (IC2 95 %)
NIÑO			
Nacionalidad			
• Extranjero	106 (9,3)	92/106 (86,8)	1,09 (1,01-1,18)*
• Español	1035 (90,7)	823/1034 (79,6)	Referencia
ADULTO de referencia económica (Are)³			
Sexo			
• Mujer	318 (27,9)	252/317 (79,5)	0,99 (0,92-1,05)
• Hombre	823 (72,1)	663/823 (80,6)	Referencia
Nivel estudios	1132		
• Básico/Inferior ⁴	379 (33,5)	288/379 (76,0)	0,90 (0,84-0,97)*
• Intermedio ⁵	271 (23,9)	217/270 (80,4)	0,96 (0,89-1,03)
• Superior	482 (42,6)	405/482 (84,0)	Referencia
Situación Laboral	1140		
• Desempleo/Jubilado/Incapacidad	165 (14,5)	121/165 (73,3)	0,90 (0,82-0,99)*
• Trabajando	974 (85,5)	793/973 (81,5)	Referencia
Clase Social	1056		
• Baja (V/VI)	437 (41,4)	353/436 (81,0)	0,98 (0,91-1,05)
• Media (III/IV)	336 (31,8)	267/335 (79,7)	0,96 (0,89-1,04)
• Alta (I/II) ⁶	283 (26,8)	235/283 (83,0)	Referencia
HOGAR			
Tipo	1102		
• Monoparental	99 (9,0)	69/99 (69,7)	0,86 (0,75-0,98)*
• No Monoparental	1003 (91,0)	816/1002 (81,4)	Referencia
Ingresos netos/mes ⁷	549		
• <800 €	54 (9,8)	40/54 (74,1)	0,65 (0,34-1,25)
• ≥800 €	495 (91,22)	403/495 (81,4)	Referencia

¹RP = Razón Prevalencias; ²IC = Intervalo de Confianza; ³Are: Adulto aportando más al presupuesto del hogar; ⁴≤ Secundaria 1ª etapa; ⁵≤ Grado profesional medio o Equivalente; ⁶Directivos/Gerentes, Profesiones asociadas a Licenciaturas/Diplomaturas y Apoyos Técnicos. Deportistas y Artistas; ⁷800 € = Decil Inferior Ingresos; *Estadísticamente significativo (alfa = 5 %).

4. DISCUSIÓN

La tasa de inicio de LME sería semejante (70,1 % vs. 67,2 %) mientras que la tasa de inicio de LM (80,3 % vs. 89,3 %) y a 12 m (26,8 % vs. 40,7 %) fue inferior a las reportadas por García-Vera *et al.* (2) en niños españoles que habían nacido posteriormente (2017-18), corroborando su afirmación de que las tasas de LM durante el primer año en España estarían aumentado. La prevalencia de LME a los 6 m también sería inferior a la del estudio anterior (2) (30,6 % vs. 39,3 %) e inferior en ambos casos al objetivo OMS para 2025 del 50 % (3). Sólo un 12 % de los menores fueron amamantados hasta los 24 m en línea con otros estudios (6); algo superior al 8 % reportado por Ramiro González *et al.*, aunque sólo para la comunidad de Madrid en niños nacidos anteriormente (2008-9) (3).

La iniciación de LM fue menos frecuente en grupos vulnerables como hogares monoparentales y aquellos en que el Are estaba desempleado/jubilado/incapacitado, lo que concuerda con que una de las principales barreras para no iniciar la LM reportada por mujeres españolas sea la dificultad de conciliar la LM con el trabajo (8). Igualmente, la iniciación fue menos frecuente cuando el Are del hogar tenía un nivel educativo básico. Se ha descrito la asociación positiva con su iniciación de contar con pareja, así como la predisposición de esta última frente a la LM (1, 7). La actitud de la pareja estaría a su vez condicionada por su nivel educativo (1). El bajo nivel de ingresos disminuyó la probabilidad de LM, pero sin significación estadística, aunque la tasa de respuesta fue baja (50 %). Los niños no españoles presentaron una mayor probabilidad de ser amamantados, asociado posiblemente al mayor valor social que otorgan sus culturas a esta práctica (1, 4).

5. CONCLUSIONES

Se detectan desigualdades en el inicio de LM en niños españoles nacidos entre 2012-15, relacionadas con factores socioeconómicos y culturales. Intervenciones orientadas a reducir esas tempranas inequidades en salud debieran ofrecer protección económica a mujeres que en situación precaria quieran amamantar, garantizando su derecho a hacerlo y el de sus hijos a recibirlo. Se precisa además de un apoyo estructural reforzado de los profesionales sanitarios y sociales con mensajes adaptados en aquellos hogares donde el nivel educativo sea bajo.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC *et al.* Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2. PMID: 26869576.
2. García Vera C, Viar Urieta M, Fernández León A, Surribas Murillo C, Del Toro Calero C, Rodríguez-López Márquez GA *et al.* Prevalencia global y por comunidades autónomas de los distintos tipos de lactancia durante el primer año de vida, a partir del seguimiento de una cohorte de 2066 niños [Internet]. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl*. 2020 [Consultado el 2 de noviembre de 2022];22(28):20-21. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v22s28/1139-7632-pap-22-s28-20.pdf>
3. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M *et al.* Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatr (Barc)* 2018 [Consultado el 22 de enero de 2023];89(1):32-43. doi: 10.1016/j.anpedi.2017.09.002. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-linkresolver-prevalencia-lactancia-materna-factores-asociados-S1695403317303144>
4. Cernigliaro A, Palmeri S, Casuccio A, Scondotto S, Restivo V; In Primis Working Group. Association of the Individual and Context Inequalities on the Breastfeeding: A Study from the Sicily Region. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Sep 20;16(19):3514. doi: 10.3390/ijerph16193514. PMID: 31547173; PMCID: PMC6801793.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Metodología Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [Internet]. [Consultado el 2 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_Metodologia.pdf
6. Scott J, Ahwong E, Devenish G, Ha D, Do L. Determinants of Continued Breastfeeding at 12 and 24 Months: Results of an Australian Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Oct 18;16(20):3980. doi: 10.3390/ijerph16203980. PMID: 31635280; PMCID: PMC6843256.
7. Robertson A. Breastfeeding initiation at birth can help reduce health inequalities [Internet]. WHO Collaborating Centre in Global Nutrition and Health. 2015 [Consultado el 2 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/277736/Breastfeeding-initiation-at-birth-can-help-reduce-health-inequalities.pdf
8. Díaz-Gómez NM, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2016 [Consultado el 22 de enero de 2023]; 90:e40016. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100416&lng=es